

ESTUDIOS Y ESTRATEGIAS PARA EL DESARROLLO Y LA EQUIDAD, EPADEQ S.C.

# DIAGNÓSTICO DE LA INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN PROGRAMAS ESTRATÉGICOS DEL SECTOR SALUD DEL GOBIERNO DE BAJA DE CALIFORNIA

---

ESTUDIOS Y ESTRATEGIAS PARA EL  
DESARROLLO Y LA EQUIDAD EPADEQ  
S. C.



**EQUIPO DE INVESTIGACIÓN**

**MARTHA FABIOLA ZERMEÑO NÚÑEZ**

**MOISÉS DOMÍNGUEZ PÉREZ**

**MARÍA DE JESÚS TREJO CASTILLO**

**EDITH MENDOZA FUENTES**

**MARIO YADÍN NÚÑEZ**

**LECTORA EXTERNA:**

**EDITH OLIVARES FERRETO**

## Contenido

Introducción.....	3
I. METODOLOGÍA .....	6
1.1 Contenidos conceptuales de las dimensiones de análisis.....	6
1.2 Coherencia objetivos-estrategias .....	15
1.3 Lenguaje no sexista.....	15
1.4 Participación ciudadana. ....	15
1.5 Acciones y servicios .....	16
1.6 Actores de la política .....	16
2. Procedimiento para el desarrollo del diagnóstico de la política pública .....	17
2.1 Análisis del sustento de las políticas.....	17
2.2 Análisis de las políticas públicas .....	18
2.2.1 Etapa de la planeación.....	19
2.2.2 Etapa de la presupuestación .....	24
2.2.3. Etapa del monitoreo y la evaluación.....	25
2.2.4. Análisis de los esquemas de organización institucional y los actores de la política. ....	27
3. Recurso de sistematización de los resultados .....	29
4. Fuentes de información .....	29
II. CONDICIONES DE SALUD DE LA POBLACIÓN DE BAJA CALIFORNIA, EN ASPECTOS QUE SON OBJETO DE ATENCIÓN DE LOS PROGRAMAS PRIORITARIOS OBJETO DE DIAGNÓSTICO.....	30
III. EL SUSTENTO LEGAL DE LOS PROGRAMAS.....	54
1. Ley Estatal de Salud Pública para el Estado de Baja California .....	62
2. Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Baja California (LAMVLVEBC).....	70
IV. TEMAS DE LOS PROGRAMAS PRIORITARIOS OBJETO DE DIAGNÓSTICO.....	77
a) Régimen de Protección Social en Salud .....	77
b) Embarazo adolescente.....	101
c) Programa Cáncer de Mama .....	141
d) Prevención y atención del VIH .....	174
e) Adicciones .....	207
f) Programa Comisión de Arbitraje Médico Estatal .....	267
V. CONCLUSIONES .....	288

## Introducción

El presente diagnóstico tiene como cometido dar cuenta de la incorporación de la perspectiva de género en el sector salud del Gobierno del Estado de Baja California. Toma como objeto de análisis 6 Programas que el Gobierno de dicha entidad considera prioritarios, y son los que a continuación se enuncian:

- Régimen de Protección Social en Salud (Seguro Popular)
- Embarazo Adolescente
- Cáncer de Mama
- Prevención y atención del Virus de Inmunodeficiencia Adquirida
- Programa contra las Adicciones
- Conciliación y Arbitraje Médico

Fue realizado por Estudios y Estrategias para el Desarrollo y la Equidad S. C., consultora especializada en investigación social, a solicitud del Instituto de la Mujer para el Estado de Baja California, como parte de las acciones contempladas en el Fondo de Fomento para la Transversalidad de la Perspectiva de Género, del Instituto Nacional de las Mujeres.

Este documento diagnóstico se encuentra dividido en seis Capítulos. El primero plantea la metodología seguida para llevar a cabo el diagnóstico. En ella se da cuenta del marco de análisis que fundamenta la conceptualización de las distintas dimensiones de análisis sobre las que transcurrió la investigación. Se señala de manera puntual como esas dimensiones fueron analizadas en las distintas etapas de la política pública y se da cuenta de los objetivos que en particular guiaron el trabajo de campo con los y las servidoras públicas que operan los Programas, con quienes se indagó acerca de sus nociones, visiones y actitudes en torno a la perspectiva de género, a fin de ver como ellas influyen en el diseño y operación de las mencionadas iniciativas públicas.

El segundo Capítulo se refiere a las condiciones de salud que presentan los habitantes de Baja California en aspectos que son objeto de atención de los

Programas Prioritarios seleccionados. Ahí se analizan datos estadísticos sobre aspectos como: cobertura de servicios de seguridad social, analizando particularmente el caso del Seguro Popular (Régimen de Protección Social en Salud); esperanza de vida, mortalidad y morbilidad, embarazo en adolescentes, cáncer de mama en mujeres, VIH, adicciones y conciliación y arbitraje médico.

El tercer Capítulo aborda la cuestión del sustento legal de los programas objeto de diagnóstico. Se analizan en primer término el tipo de competencias que tienen tanto la federación como los estados en las materias de salud que atiende cada uno ellos. Posteriormente, se revisa si está incorporada y como la perspectiva de género en la Ley de Salud Pública para el Estado de Baja California, particularmente viendo las materias de salud que atienden los programas prioritarios. Además, se hace un análisis de la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Baja California, en términos de saber cómo y qué prescribe para cada de esas materias de salud, además de ubicar los mecanismos de coordinación que contempla con distintas dependencias del gobierno del Estado de Baja California para el impulso de acciones que se desprenden de la incorporación de la perspectiva de género.

En el cuarto Capítulo se analiza la incorporación de la perspectiva de género en cada uno de los Programas Prioritarios objeto de diagnóstico, comenzando por revisar lo que disponen las leyes estatales, Normas Oficiales y, en su caso Reglamentos, que regulan las materias de salud que atienden los dichos Programas. Posteriormente, se analiza si los planteamientos del Programa incorporan la perspectiva de género, en torno a las fases y aspectos estratégicos de la política pública, que se explican en la metodología: diagnóstico, diseño, presupuestación, ejecución, seguimiento y evaluación, coordinación de acciones, capacitación y organización institucional.

En el quinto Capítulo se presentan las conclusiones por cada programa y las que resultan generales para el sector salud. Ahí se recapitula sobre las principales fortalezas y debilidades ubicadas en el análisis de la incorporación de la perspectiva de género en cada uno de los Programas, y se integra un apartado

específico sobre las y los actores de la política en los distintos programas, luego de revisar las visiones y percepciones que tienen sobre distintos aspectos del género. Cabe señalar que las recomendaciones se presentarán en un documento aparte.

Este diagnóstico cuenta con cuatro anexos. El primero compendia y sistematiza las transcripciones de las entrevistas con servidores y servidoras públicas del sector salud, así como el análisis del trabajo realizado mediante grupos focales con esos mismos actores en la ciudad de Mexicali, en Noviembre de 2009.

El segundo compendia las matrices de análisis sobre las leyes, normas y reglamentos analizados por el equipo de investigación. Con esa presentación esquemática se facilita el análisis de la incorporación en de la perspectiva de género en las distintas dimensiones señaladas en la metodología.

El tercer Anexo compendia la bibliografía utilizada para elaborar este diagnóstico, donde se compendian documentos oficiales, textos académicos y referencias de estudios aplicados sobre las políticas públicas, tales como diagnósticos, encuestas, evaluaciones y demás.

El cuarto Anexo contiene las matrices de programa en donde se sintetizan las principales características de la incorporación de la perspectiva de género en cada uno de ellos.

En relación al proceso del desarrollo de esta investigación es importante señalar que la información base del presente Diagnóstico fue presentado de manera tardía por las dependencias a evaluar. Casi tres meses después de iniciado el estudio fue entregado a esta consultoría el paquete de información básica para hacer el análisis. Así mismo, el trabajo de campo programado para llevarse a cabo en el mes de septiembre, se concretó hasta el mes de noviembre, por causas ajenas a esta consultoría. Lo anterior ocasionó que se acortaran y saturaran los tiempos de análisis. Ojalá en futuros ejercicios se tome en cuenta esta situación a fin de prever lo necesario para la gestión oportuna de la información por parte de Instituto, como instancia encargada del proyecto.

## METODOLOGÍA

Un diagnóstico de la política pública que tiene el objetivo de identificar la inclusión del enfoque de género en su diagnóstico, diseño, presupuestación, ejecución, monitoreo y evaluación, requiere analizar los documentos marco de la política que fundamentan el quehacer de la administración pública del estado. Dentro de estos documentos, los componentes de la política que responden a la necesidad de contribuir con la construcción de una sociedad con equidad de género y que se analizaron en el diagnóstico, fueron los siguientes:

### 1.1 Contenidos conceptuales de las dimensiones de análisis

Son los temas que se analizaron en los documentos marco de la política como muestra de la inclusión de los principios y objetivos de la equidad de género, los cuales parten del reconocimiento de los lugares diferentes que ocupan las mujeres y los hombres en la sociedad, y manifiestan la voluntad expresa de incorporar las estrategias necesarias para disminuir extensamente las distancias existentes entre las posiciones de las que parten hombres y mujeres en la sociedad. Las políticas públicas con equidad de género reconocen que estos lugares diferenciados hacen que el impacto de las políticas sea igualmente diferente y buscan generar las condiciones necesarias para lograr una mayor igualdad de oportunidades entre los hombres y las mujeres.

Los contenidos que se esperaba encontrar y analizar en los documentos marco de las políticas son:

- i. **Igualdad e inclusión.** La igualdad entre mujeres y hombres es un principio jurídico universal reconocido en diversos textos internacionales sobre derechos humanos, entre los que destaca la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), aprobada por la Asamblea

General de las Naciones Unidas en diciembre de 1979 y ratificada por México en 1981.

En esta convención se establece lo siguiente:

Se define la discriminación contra la mujer como:

“Toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera” (Artículo 1).

“Los Estados Partes condenan la discriminación contra la mujer en todas sus formas, convienen en seguir, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, una política encaminada a eliminar la discriminación contra la mujer y, con tal objeto, se comprometen a:

- a) Consagrar, si aún no lo han hecho, en sus constituciones nacionales y en cualquier otra legislación apropiada el principio de la igualdad del hombre y de la mujer y asegurar por ley u otros medios apropiados la realización práctica de ese principio;
- b) Adoptar medidas adecuadas, legislativas y de otro carácter, con las sanciones correspondientes, que prohíban toda discriminación contra la mujer;
- c) Establecer la protección jurídica de los derechos de la mujer sobre una base de igualdad con los del hombre y garantizar, por conducto de los tribunales nacionales competentes y de otras instituciones públicas, la protección efectiva de la mujer contra todo acto de discriminación;” (Artículo 2)

Por su parte, la Ley General para la Igualdad entre mujeres y hombres (LGIMyH) de nuestro país señala:

“Artículo 1.- La presente Ley tiene por objeto regular y garantizar la igualdad entre mujeres y hombres y proponer los lineamientos y mecanismos institucionales que orienten a la Nación hacia el cumplimiento de la igualdad sustantiva en los ámbitos público y privado, promoviendo el empoderamiento de las mujeres. Sus disposiciones son de orden público e interés social y de observancia general en todo el Territorio Nacional.

Artículo 2.- Son principios rectores de la presente Ley: la igualdad, la no discriminación, la equidad y todos aquellos contenidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Artículo 3.- Son sujetos de los derechos que establece esta Ley, las mujeres y los hombres que se encuentren en territorio nacional, que por razón de su sexo, independientemente de su edad, estado civil, profesión, cultura, origen étnico o nacional, condición social, salud, religión, opinión o capacidades diferentes, se encuentren con algún tipo de desventaja ante la violación del principio de igualdad que esta Ley tutela. La trasgresión a los principios y programas que la misma prevé

será sancionada de acuerdo a lo dispuesto por la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos y, en su caso, por las Leyes aplicables de las Entidades Federativas, que regulen esta materia”.

De igual manera, el objetivo 16 perteneciente al Eje 3.5 del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 determina lo siguiente:

**Eliminar cualquier discriminación por motivos de género y garantizar la igualdad de oportunidades para que las mujeres y los hombres alcancen su pleno desarrollo y ejerzan sus derechos por igual.**

Es todavía mucho lo que pueden hacer las políticas públicas para contribuir a un avance significativo en la igualdad entre mujeres y hombres. Propiciar la suma de esfuerzos entre gobierno y sociedad para ampliar este margen de acción, de manera que alcance a más personas y regiones

Asimismo, la obligación de los estados de acatar el dictado de la ley (LGIMyH) se establece en los siguientes artículos:

“Artículo 14.- Los Congresos de los Estados, con base en sus respectivas Constituciones, y la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, con arreglo a su Estatuto de Gobierno, expedirán las disposiciones legales necesarias para promover los principios, políticas y objetivos que sobre la igualdad entre mujeres y hombres prevén la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y esta Ley.

Artículo 15.- Corresponde a las y los titulares de los Gobiernos Estatales y del Distrito Federal:

- I. Conducir la política local en materia de igualdad entre mujeres y hombres;
- II. Crear y fortalecer los mecanismos institucionales de promoción y procuración de la igualdad entre mujeres y hombres, mediante las instancias administrativas que, se ocupen del adelanto de las mujeres en los Estados y el Distrito Federal;”

Considerar la igualdad y la inclusión en la política estatal garantizaría la igualdad de oportunidades de mujeres y hombres para participar en los diferentes ámbitos de desarrollo y mostraría el acatamiento de las disposiciones internacionales y nacionales por parte del estado de Baja California.

Las políticas, programas y proyectos dirigidos a la población deben reconocer que existen diferencias entre hombres y mujeres que restringen sus capacidades para aprovechar en igualdad de

condiciones las oportunidades de desarrollo, ante lo cual, es necesario otorgar a mujeres y hombres los recursos materiales y simbólicos que les brinden acceso a esta igualdad de oportunidades: educación, ingresos, salud, habilidades laborales, poder.

- ii. **Ambiente libre de violencia.** La violencia por motivos de género es uno de los problemas más graves a los que se enfrentan las mujeres en las dos esferas sociales: la pública y la privada. Se analizó si los contenidos de los documentos marco de las políticas contenían y como, el tema de la violencia contra las mujeres. Esto, atendiendo a dos aspectos: a) La adopción de mecanismos de articulación entre las instituciones públicas encargadas de atender la problemática y las instituciones que desarrollan los programas de protección social, b) La incorporación del análisis de la violencia contra las mujeres como violación de derechos humanos que vulnera a quienes la sufren en su derecho a la integridad personal, su derecho a vivir en un ambiente sano de trabajo, en el hogar, escolar y comunitario así como de los efectos de la violencia de género sobre la equidad.

En la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belem do Para), adoptada en junio de 1994 y ratificada por México en 1998, se compromete a los estados miembros a llevar a cabo acciones para erradicar este problema:

Artículo 1

Para los efectos de esta Convención debe entenderse por violencia contra la mujer cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado.

...

Artículo 7

Los Estados Partes condenan todas las formas de violencia contra la mujer y convienen en adoptar, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar dicha violencia y en llevar a cabo lo siguiente:

- a. abstenerse de cualquier acción o práctica de violencia contra la mujer y velar por que las autoridades, sus funcionarios, personal y agentes e instituciones se comporten de conformidad con esta obligación;

- b. actuar con la debida diligencia para prevenir, investigar y sancionar la violencia contra la mujer;
- c. incluir en su legislación interna normas penales, civiles y administrativas, así como las de otra naturaleza que sean necesarias para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer y adoptar las medidas administrativas apropiadas que sean del caso;
- d. adoptar medidas jurídicas para conminar al agresor a abstenerse de hostigar, intimidar, amenazar, dañar o poner en peligro la vida de la mujer de cualquier forma que atente contra su integridad o perjudique su propiedad;

En nuestro país, se decretó la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en 2007, y en ella se marcan las pautas para que las entidades federativas establezcan las medidas legislativas, presupuestales y administrativas necesarias para eliminar la violencia hacia las mujeres:

ARTÍCULO 1. La presente ley tiene por objeto establecer la coordinación entre la Federación, las entidades federativas, el Distrito Federal y los municipios para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, así como los principios y modalidades para garantizar su acceso a una vida libre de violencia que favorezca su desarrollo y bienestar conforme a los principios de igualdad y de no discriminación, así como para garantizar la democracia, el desarrollo integral y sustentable que fortalezca la soberanía y el régimen democrático establecidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.(Párrafo reformado DOF 20-01-2009)

Las disposiciones de esta ley son de orden público, interés social y de observancia general en la República Mexicana.

ARTÍCULO 2. La Federación, las entidades federativas, el Distrito Federal y los municipios, en el ámbito de sus respectivas competencias expedirán las normas legales y tomarán las medidas presupuestales y administrativas correspondientes, para garantizar el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, de conformidad con los Tratados Internacionales en Materia de Derechos Humanos de las Mujeres, ratificados por el Estado mexicano. (Artículo reformado DOF 20-01-2009)

En tanto que en el ámbito del estado se expidió la Ley de Acceso de las Mujeres a una vida libre de Violencia para el Estado de Baja California, la cual consigna:

ARTICULO 1 Las disposiciones de la presente Ley son de orden público, interés social y observancia general en el Estado de Baja California, y tienen por objeto establecer las bases para regular y garantizar el acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, así como los mecanismos de coordinación entre el Gobierno del Estado y los Gobiernos Municipales. Favoreciendo su

desarrollo y bienestar desde la perspectiva de género, conforme a los principios de igualdad y no discriminación contemplados en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General y los Instrumentos Internacionales aplicables.

- iii. **Erradicación de estereotipos de género que reproducen jerarquías de las personas basadas en su sexo.** Es importante evitar reproducir los modelos de comportamiento de las mujeres y los hombres que generan discriminación, violencia, hostigamiento sexual así como cualquier otra forma de desventaja para el desarrollo de las capacidades y la participación equitativa en lo público y privado.

Al respecto, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belém do Pará) señala en su artículo 6 que los derechos de las mujeres incluyen, entre otros:

(...)

- b) El derecho de la mujer a ser valorada y educada libre de patrones estereotipados de comportamiento y prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad y subordinación.

Por su parte, la Ley General para la Igualdad entre mujeres y hombres considera lo siguiente:

Artículo 41.- Será objetivo de la Política Nacional la eliminación de los estereotipos que fomentan la discriminación y la violencia contra las mujeres. Artículo 42.- Para los efectos de lo previsto en el artículo anterior, las autoridades correspondientes desarrollarán las siguientes acciones:

- I. Promover acciones que contribuyan a erradicar toda discriminación, basada en estereotipos de género;
- II. Desarrollar actividades de concientización sobre la importancia de la igualdad entre mujeres y hombres, y
- III. Vigilar la integración de una perspectiva de género en todas las políticas públicas.

Se espera de la política que no contenga estereotipos socioculturales de género que reproduzcan la subordinación y discriminación de las personas con base en su sexo, así como que incorpore estrategias y acciones que contribuyan a erradicar dichos estereotipos.

- iv. **División equitativa de los trabajos.** Las actividades de las mujeres y los hombres están distribuidas de manera inequitativa. El trabajo del hogar y las responsabilidades familiares son asumidas todavía en grande sectores de la población casi de manera exclusiva por las mujeres. La característica principal de estas actividades es la falta de reconocimiento y valoración social. Las actividades laborales de mercado tienen una mayor presencia de hombres, aunque la participación de las mujeres es creciente (38% de la fuerza de trabajo en 2008). En las actividades laborales de mercado existen características que marcan profundas desigualdades como la segregación ocupacional, la brecha salarial y el hostigamiento sexual. Las políticas, programas y proyectos deben contribuir al reconocimiento y visibilización del trabajo del hogar de las mujeres así como a promover una distribución equitativa de éste entre los diferentes integrantes de la familia. Por otra parte, se debe favorecer la participación de las mujeres en el trabajo de mercado y promover la eliminación de las desigualdades en ingresos, ocupaciones, ramas de actividad y toma de decisiones.

Al respecto, en la misma Ley General para la Igualdad entre mujeres y hombres está establecido lo siguiente

“Artículo 33.- Será objetivo de la Política Nacional el fortalecimiento de la igualdad en materia de:

- I. Establecimiento y empleo de fondos para la promoción de la igualdad en el trabajo y los procesos productivos;
- II. Desarrollo de acciones para fomentar la integración de políticas públicas con perspectiva de género en materia económica, y
- III. Impulsar liderazgos igualitarios.

Artículo 34.- Para los efectos de lo previsto en el artículo anterior, las autoridades y organismos públicos desarrollarán las siguientes acciones:

- I. Promover la revisión de los sistemas fiscales para reducir los factores que relegan la incorporación de las personas al mercado de trabajo, en razón de su sexo;
- II. Fomentar la incorporación a la educación y formación de las personas que en razón de su sexo están relegadas”;

Tratándose de diagnosticar la incorporación de la perspectiva de género en programas gubernamentales cuya misión fundamental

es proveer servicios de salud, este objetivo sólo fue analizado en aquellos casos que así se justificaba.

- v. **Conciliación de los ámbitos familiar y laboral.** Debido al conflicto que representa para las mujeres y los hombres la inserción en los dos ámbitos de acción, se ha tratado de poner atención en las formas como se pueden conciliar debido a que la tensión generada se convierte en una forma de obstaculizar la libre participación en cualquiera de las esferas. Por lo cual, no tomarla en cuenta en la formulación de políticas puede tener efectos discriminatorios de facto que excluyen a las mujeres y a los hombres de participar libremente en el ámbito laboral o familiar.

El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales al igual que el Comité de Derechos Humanos ha emitido las Observación Número 16<sup>1</sup> para reconocer la desigualdad y discriminación que obstaculizan a las mujeres el goce de los derechos económicos sociales y culturales, y recomendar medidas que deben de instrumentar los Estados.

En esta Observación se reconoce que, para garantizar la no discriminación y la igualdad, los instrumentos internacionales de derechos humanos prevén tanto la igualdad *de "facto"* como *de "jure"*. En este sentido señala que la no discriminación como derivación de la igualdad puede derivar en discriminación directa e indirecta:

“12. Se produce discriminación directa cuando la diferencia de trato se funda directa y expresamente en distinciones basadas de manera exclusiva en el sexo y en características del hombre y de la mujer que no pueden justificarse objetivamente.

13. Se produce discriminación indirecta cuando la ley, el principio o el programa no tienen apariencia discriminatoria, pero producen discriminación en su aplicación. Ello puede suceder, por ejemplo, cuando las mujeres están en situación desfavorable frente a los hombres en lo

---

<sup>1</sup> Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos. Volumen 1. Recopilación de las Observaciones Generales y Recomendaciones generales adoptadas por los órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos; ONU, Ginebra, Suiza, 2008.

que concierne al disfrute de una oportunidad o beneficio particulares a causa de desigualdades preexistentes. La aplicación de una ley neutra en cuanto al género puede perpetuar la desigualdad existente o agravarla”

En la Ley Federal para prevenir y eliminar la discriminación se establece

Artículo 1.- Las disposiciones de esta Ley son de orden público y de interés social. El objeto de la misma es prevenir y eliminar todas las formas de discriminación que se ejerzan contra cualquier persona en los términos del Artículo 1 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como promover la igualdad de oportunidades y de trato.

Artículo 2.- Corresponde al Estado promover las condiciones para que la libertad y la igualdad de las personas sean reales y efectivas. Los poderes públicos federales deberán eliminar aquellos obstáculos que limiten en los hechos su ejercicio e impidan el pleno desarrollo de las personas así como su efectiva participación en la vida política, económica, cultural y social del país y promoverán la participación de las autoridades de los demás órdenes de Gobierno y de los particulares en la eliminación de dichos obstáculos.

De manera consistente en los últimos años, se han formulado propuestas para evitar tensiones entre las actividades de mercado y las del hogar, pues se constituyen en aspectos centrales que obstaculizan de facto la igualdad entre los hombres y las mujeres y, aunque es creciente la participación de las mujeres en el mercado de trabajo, ésta no dejará de ser desigual con respecto a la participación de los hombres, mientras las labores de los ámbitos privados no cuenten con una distribución más equitativa. Se espera que la política pública considere el análisis de los efectos de la división sexual del trabajo así como acciones conciliatorias en el marco de sus ámbitos de atención.

Tratándose de diagnosticar la incorporación de la perspectiva de género en programas gubernamentales cuya misión fundamental es proveer servicios de salud, este objetivo sólo fue analizado en aquellos casos que así se justificaba.

Además de los principios y objetivos de equidad señalados anteriormente, se analizarán los siguientes aspectos que se consideran centrales en el diagnóstico de la incorporación de la perspectiva de equidad de género de las políticas públicas:

## 1.2 Coherencia objetivos-estrategias

La distancia que puede separar el pensar y el actuar se expresa en la relación de las estrategias con los objetivos formulados en la política o programa. De modo que fue importante para el análisis identificar que el marco de las políticas contemplara las estrategias que garantizaran el cumplimiento de los objetivos de equidad de género.

## 1.3 Lenguaje no sexista

En la lengua se expresan las costumbres patriarcales de quienes la hablan y la escriben. Nuestro lenguaje se vincula con los valores y las jerarquías que tenemos en los pensamientos y actitudes. La forma que adquiere el lenguaje para simplificar las ideas ha hecho invisible la presencia de las mujeres en la sociedad por lo que se requiere hacerlas presentes aunque se formen frases más largas. De modo que en el análisis se revisó que las leyes y programas estuvieran formulados en un lenguaje que fuera incluyente en términos de género.

## 1.4 Participación ciudadana.

La gestión pública no es sólo responsabilidad del Estado sino también de la sociedad y debe considerarse una preocupación social que comprometa a la ciudadanía a compartir la responsabilidad por la construcción de una sociedad mucho más justa y equitativa. Se analizó que los documentos marco de la política contemplaran mecanismos de participación de la población en su formulación y difusión.

## 1.5 Acciones y servicios

La puesta en marcha de una política, programa o proyecto significa el desarrollo de las acciones tendientes a lograr los objetivos propuestos. Se analizó que las acciones que los programas se plantean llevar a cabo se orientaran a contribuir a la construcción de relaciones equitativas por lo que se espera que no reproduzcan los roles tradicionales de mujeres y hombres, sino, por el contrario, favorezcan una transformación en la posición de ambos en la sociedad. En complemento, se analizó en qué medida la calidad de las acciones y los servicios era incluyente en términos de género.

## 1.6 Actores de la política

Son las y los encargados de ejecutar y diseñar las acciones. En los documentos y a través información recogida en campo directamente de los y las actoras de la política, se analizó en qué medida contaban con la capacitación adecuada en el tema de la equidad de género que les permitiera visualizar el desempeño de sus funciones como un servicio dirigido a contribuir a la construcción de relaciones equitativas entre mujeres y hombres. Lo anterior se consideró imprescindible para los fines de este diagnóstico, debido a que algunos de los mayores obstáculos en los procesos de incorporación del enfoque de género en las políticas públicas, tienen como base el que no se entiende adecuadamente cuál es la cuestión del problema de fondo a transformar en las relaciones de género, como tampoco se visualiza con claridad cuáles pueden ser los beneficios derivados de la inclusión de esta perspectiva en el proceso de la política pública. La ausencia de conciencia y de sensibilidad de género por parte de las personas responsables de la planificación y de la ejecución de las políticas en salud ha llevado en muchos casos a sesgos de género que han resultado en un desequilibrio de género en la asignación de los recursos, lo que ha desembocado en el fortalecimiento de las desigualdades entre mujeres y hombres en su estado de salud. En esa perspectiva, el principal beneficio de

incorporar la perspectiva de género en la elaboración de las políticas públicas es, sin duda, el avance hacia la equidad y la igualdad entre mujeres y hombres, además de aumentar la cobertura, la eficacia y eficiencia de las intervenciones y programas públicos.

Es por ello que la elaboración del diagnóstico contempló la realización de trabajo de campo con enfoque de corte cualitativo con servidoras y servidores públicos de distinto nivel de responsabilidad, con el fin de poder estudiar y analizar el grado de incorporación de la perspectiva de género en los programas prioritarios objeto del diagnóstico. Es decir, se consideró necesario conocer las nociones, visiones y actitudes de los y las actoras que desde cada uno de los programas se encargan de impulsar acciones de beneficio público.

Cabe aclarar que el diagnóstico no contemplaba indagar sobre la cuestión de género en la cultura institucional, de modo que no priorizó conocer sobre cómo se daban las relaciones de género a lo interno de las estructuras de los Programas, sino se centró en conocer los valores de género de los que son portadores y portadoras quienes se encuentran en la ejecución de los Programas, y analizar cómo ello influía en la forma en que eran diseñados y operados dichos Programas. La sistematización de la información de las entrevistas y grupos de foco, acompañada de un primer análisis de estos últimos, se encuentran compendiados en el Anexo I

## **2. Procedimiento para el desarrollo del diagnóstico de la política pública**

### **2.1 Análisis del sustento de las políticas**

Esta diagnóstico partió de un análisis de las bases normativas de las políticas públicas, esto es, leyes y reglamentos y normas oficiales que dan sustento a la formulación de planes, programas y proyectos. Como se ha visto, existe

normatividad en el ámbito nacional que promueve la equidad de género, por lo que se indagó sobre si las leyes estatales establecían la igualdad entre mujeres y hombres como uno de los principios que rigen la convivencia social y tiendan a erradicar las desventajas de las mujeres que presentan en los diferentes ámbitos de desarrollo. Asimismo, se indagó sobre la existencia de normas acerca del derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia, así como disposiciones tendientes a eliminar estereotipos de género, en los términos que lo establecen las leyes nacionales.

Además, como se mencionó en el apartado de las dimensiones a explorar, se trató de identificar en la legislación estatal, la atención a los problemas de erradicación de estereotipos tradicionales de género, y cuando la naturaleza de la materia de acción de los programas así lo exigía, la distribución equitativa del trabajo tanto doméstico como extra doméstico, como la conciliación entre las esferas laborales y familiares.

Se consideraron las normas dirigidas a atender los problemas sociales así como a reglamentar las responsabilidades de la administración pública del estado, ya que en ellas se asienta el cumplimiento de los ordenamientos internacionales y las leyes federales y generales.

Con este diagnóstico se buscó identificar la solidez que puede tener una política en materia de incorporación de la perspectiva de equidad de género al contar con la normatividad que le da permanencia, reconocimiento social y legitimidad.

## **2.2 Análisis de las políticas públicas**

Posterior al análisis de la política marco del sector salud, se realizó el análisis de las políticas públicas específicas que se consideran estratégicas en los objetivos de lograr la equidad de género y mejorar la posición y condiciones de las mujeres en el estado de Baja California. A propuesta del Gobierno de Baja California, los programas del sector salud que se analizaron fueron:

- Régimen de Protección Social en Salud
- Embarazo adolescente
- Cáncer de mama
- Prevención y atención del VIH
- Adicciones
- Conciliación y Arbitraje Médico

Para cada programa se llevo a cabo un diagnóstico que considerara las diferentes fases que componen el ciclo de las políticas públicas.

### 2.2.1 Etapa de la planeación

*A. Análisis del diagnóstico elaborado para fundamentar el planteamiento de un problema, la formulación de objetivos y el establecimiento de acciones.*

Todo proceso de planeación inicia con un diagnóstico. Por este medio se reconoce la existencia de un problema o necesidad social; su entorno económico, político y social; las personas afectadas; y, las instituciones y recursos relacionados.

- ❖ Un plan, programa o proyecto con perspectiva de género tiene como punto de partida un diagnóstico que debe reflejar las dimensiones en las que se expresan las desigualdades entre mujeres y hombres respecto del problema en cuestión. Se espera que éste se encuentre en el cuerpo del documento.
- ❖ Las respuestas a las siguientes preguntas fueron las que permitieron contar con esta información:
  - a. ¿La política pública, programa o proyecto tiene un diagnóstico que permita identificar las desigualdades entre mujeres y hombres vinculado al problema o necesidad social que atiende?
  - b. ¿Se describen los problemas, necesidades o intereses específicos que se observan para los hombres y para las mujeres en el tema en cuestión?

- c. ¿El diagnóstico cuantifica las brechas de género en el problema o necesidad social que atiende así como identifica y cuantifica, desagregadas por sexo, las variables más importantes del mismo?
- d. ¿El diagnóstico profundiza acerca de las causas de las diferencias de género que se plasman en el problema o necesidad social al que responde?
- e. ¿El diagnóstico considera como intervienen los roles y estereotipos de género en el tema en cuestión?
- f. ¿El diagnóstico identifica las diferencias entre hombres y mujeres según los grupos de edad, la residencia rural o urbana, entre otras?
- g. ¿En el diagnóstico se plantean alternativas de solución que contribuyan a eliminar las brechas de género?
- h. ¿En el diagnóstico se plantean alternativas de solución del problema o necesidad en cuestión que tomen en cuenta las diferencias de género?

**B. *Análisis del diseño.*** *Análisis de género en el abordaje teórico y técnico de las políticas, programas o proyectos.*

**B.1 Alineación de la política, programa o proyecto** estatal con la normatividad estatal y nacional y con los instrumentos de derecho internacional suscritos por nuestro país, mismos que se señalaron anteriormente. Es el momento en que se identifica la presencia o ausencia de compromisos asumidos por el gobierno del estado en materia de género establecidas en la legislación federal como la Ley federal para prevenir y eliminar la discriminación; la Ley general para la igualdad entre mujeres y hombres, así como su correlativa en el Estado; y el Programa nacional para la igualdad entre mujeres y hombres 2008-2012; la Ley general de acceso para las mujeres a una vida libre de violencia y su reglamento; la Ley para prevenir y sancionar la trata de personas, entre otros. Los objetivos de las

políticas estatales en salud y administración debían incluir los considerados en materia de género en la normatividad federal y estatal para atender los de igualdad e inclusión; el ambiente libre de violencia; la erradicación de estereotipo de género, y, cuando así aplicaba por el tipo de programa del sector salud, la división equitativa de los trabajos y la conciliación de los ámbitos familiar y laboral.

- ❖ Las respuestas a las siguientes preguntas fueron las que permitieron contar con esta información:
  - a. ¿La política pública o programa reconoce las desigualdades por género?
  - b. ¿Identifica la necesidad de contar con relaciones basadas en la igualdad y la inclusión?
  - c. ¿Menciona la violencia como un grave problema en el ejercicio del poder en los espacios laborales y domésticos o familiares?
  - d. ¿Identifica todas estas desigualdades como problemas a resolver?
  - e. ¿El programa refleja que las necesidades y los problemas de mujeres y hombres son diferentes y que la atención a esas necesidades debe ser diferente y quizá requiera de mayor presupuesto?
  - f. ¿Hace visibles a las mujeres como sujetas de la política?
  - g. ¿Cuáles son las desigualdades de género que menciona, identifica y expone?
  - h. ¿Cuáles son las desigualdades de género que pretende atender?
  - i. ¿El programa identifica cómo afectan los estereotipos de género en las brechas de género en el tema en cuestión?
  - j. ¿Hace explícita la intención de superar las desigualdades por género?
  - k. En caso de poner énfasis en la pregunta anterior, ¿se han planteado mecanismos para superar esas desigualdades?  
¿Cuáles?

- l. ¿Reconoce la división sexual del trabajo como una forma de exclusión de las mujeres en las actividades del ámbito público y de los hombres en las domésticas y de cuidado familiar?
- m. ¿Reconoce la necesidad de la división equitativa de los trabajos?
- n. ¿Señala la necesidad de la conciliación de los ámbitos familiar y laboral?

❖ **B.2 Información por sexo.** Al ser el género una categoría de análisis relacional que debe ser tomada en cuenta en el diseño y operación de las políticas públicas, se espera la existencia de datos e información desagregada por sexo en **los programas y proyectos** para lograr su eficacia y evitar acciones que tengan como resultado la discriminación contra la mujer por razones de género. Cada una de las fases de la política pública debe contar con información desagregada por sexo: el diseño, la ejecución, el seguimiento y la evaluación, así como la difusión. En relación al diseño, todo plan, programa o proyecto indica la población objetivo a la que se dirige por lo que deben quedar explícitos los datos por sexo (indicadores de entrada). En la ejecución, es importante registrar a cuántas personas se les está entregando el servicio por sexo (indicadores de proceso).

*C. Análisis de las acciones, servicios y bienes de los programas o las políticas. Estrategias de los programas.*

❖ El diseño y las estrategias de implementación de los programas deben estar en coordinación con los objetivos de equidad de género y con el diagnóstico de la problemática en el cual se identifican las brechas de género. Los programas, en sus acciones, servicios o bienes, pueden producir en las mujeres resultados no deseados, tales como discriminación por género, una mayor carga de trabajo, reproducciones de conductas estereotipadas de género que generan

inequidad, mayores obstáculos para superar las desigualdades ante la ausencia de una visión e intervención integral pública que tome en cuenta las desiguales relaciones entre hombres y mujeres.

Asimismo, la mayoría de los programas, como por ejemplo los de transferencias de recursos, no consideran a las mujeres como beneficiarias directas, únicamente son tomadas en cuenta en su función de madres o intermediaras del bienestar de otros, por lo que reproducen su posición restringida al ámbito doméstico y no contemplan acciones dirigidas a su desarrollo como personas sujetas de derechos propios para recibir y usar las acciones, los servicios y los bienes.

- ❖ Se observó si el programa fomenta la reproducción de roles y conductas estereotipadas de género que reproducen la inequidad o, por el contrario, promueve cambios culturales que favorecen relaciones más equitativas entre hombres y mujeres.
- ❖ Se observó si el programa considera las condiciones específicas de los hombres y las mujeres e incorpora acciones a fin de propiciar la igualdad de oportunidades de acceso.
- ❖ Cuando aplicaba al tipo de programa del sector salud, se observó el reconocimiento del trabajo de las mujeres. Se observó si había un vacío en la promoción de medidas dirigidas a valorar el trabajo tradicionalmente realizado por las mujeres, como el doméstico remunerado o no remunerado, cuidado de los niños, niñas y otras/os familiares.
- ❖ Cuando aplicaba al tipo de programa del sector salud, se observó si el programa fomenta la participación equitativa de las mujeres y los hombres en el trabajo de mercado y del hogar.
- ❖ Las respuestas a las siguientes preguntas facilitaron contar con esta información:
  - a. ¿La política contempla acciones y/o servicios diferenciados por sexo?

- b. ¿Las acciones y/o servicios corresponden a los objetivos de equidad de género?
- c. ¿Considera estrategias y acciones enfocadas a contrarrestar las brechas de género existentes en el problema o necesidad social que atiende?
- d. ¿Considera estrategias y acciones enfocadas a contrarrestar las causas de las inequidades de género existentes en el problema o necesidad social que atiende?
- e. ¿Las acciones reproducen roles y conductas estereotipadas de género que profundizan relaciones inequitativas o promueven cambios culturales favorables a la equidad de género?
- f. ¿Las acciones buscan responder a necesidades estratégicas y/o intereses estratégicos de las mujeres?
- g. ¿Las acciones, servicios y/o bienes están en el marco de los derechos de las mujeres?
- h. ¿Las acciones de la política pública están dirigidas a transformar las relaciones de desigualdad de género?
- i. ¿Considera medidas que faciliten la participación de las mujeres en los beneficios de la política pública?
- j. ¿Las acciones aumentan la carga de trabajo de las mujeres?
- k. ¿Las acciones fomentan el reconocimiento a sus contribuciones?
- l. ¿Las acciones reproducen la división sexual del trabajo o fomentan la participación equitativa en él?

### **2.2.2 Etapa de la presupuestación**

El diagnóstico de la incorporación de la perspectiva de género en el presupuesto de la política o programa se basa en la existencia de documentos presupuestarios con perspectiva de género, la asignación de recursos, su eficacia y eficiencia. Uno de los criterios básicos en la asignación de recursos, es

el de apoyar las actuaciones de las dependencias públicas orientadas al logro de la equidad de género.

- ❖ Los aspectos en los que se centró el análisis fueron: bases normativas y operativas para la presupuestación con enfoque de género y desagregación de la información presupuestal.
- ❖ Las respuestas a las siguientes preguntas facilitaron dicho análisis:
  - a. ¿Existen documentos presupuestarios con enfoque de género (manual de programación, presupuestación, POA's)?
  - b. ¿El programa o proyecto cuenta con recursos asignados?
  - c. ¿Cuentan con recursos etiquetados para la equidad de género?
  - d. ¿La información presupuestal permite identificar los recursos que son destinados a programas para niñas y/o mujeres?
  - e. ¿Qué proporción de los recursos de la dependencia corresponde al programa con equidad de género?
  - f. ¿Existe normatividad para la aplicación con equidad de los recursos?
  - g. ¿La información presupuestal de recursos entregados a beneficiario/as está desagregada por sexo?

### **2.2.3. Etapa del monitoreo y la evaluación**

La etapa de monitoreo y evaluación de las políticas públicas permite verificar el cumplimiento de los objetivos, las aportaciones del programa o proyecto a la solución de los problemas detectados y la posible necesidad de realizar modificaciones al planteamiento original del programa o proyecto.

- ❖ El seguimiento y la evaluación requieren del establecimiento de indicadores para medir el avance del programa o proyecto, los resultados obtenidos, así como los impactos en las poblaciones a las cuales se dirigen, con la característica principal de estar desagregados por sexo. Se esperaba que en el programa o proyecto se encontraran

formulados indicadores que permitieran ver los recursos entregados a los hombres y las mujeres, así como los avances en la equidad de género en los sectores salud y administración.

- ❖ Los indicadores que permiten observar el avance son los de proceso, los de resultado y los de impacto. Los de proceso incluyen aquellos que miden el avance hacia el cumplimiento de los objetivos: proporción de mujeres y hombres que son beneficiarias/os del programa o proyecto en relación al total considerado en las metas; los de resultado expresan los logros al final de periodo de gestión del programa o proyecto: número de personas beneficiadas por sexo que lograron los objetivos del programa y por último, en los indicadores de impacto se establecen los logros por sexo en relación a los cambios en las relaciones de género a los que se haya llegado. Los indicadores de impacto generalmente son cualitativos. Todos estos deben ser considerados por el programa o la política para su seguimiento y evaluación.
- ❖ Las respuestas a las siguientes preguntas facilitaron el análisis de esta etapa:
  - a. ¿La política, programa o proyecto considera que la evaluación debe ser diferenciada por sexo?
  - b. ¿Contiene indicadores desagregados por sexo?
  - c. ¿La política, programa o proyecto considera que entre sus logros está la transformación de las relaciones entre mujeres y hombres?
  - d. ¿Los indicadores considerados por el programa o proyecto para su seguimiento y evaluación expresan transformaciones en las relaciones de género?
  - e. ¿Cuáles son los impactos positivos que considera el programa para las mujeres y los hombres?
  - f. ¿Cuáles son los impactos negativos que considera el programa para las mujeres y hombres?

- g. Cuáles son los resultados positivos o negativos producto de las acciones, proyectos o programas?
- h. ¿La política, programa o proyecto busca evaluar si las relaciones de género fueron modificadas?
- i. ¿La política, programa o proyecto contiene indicadores que permitan evaluar el impacto del programa en la disminución de las brechas de género.
- j. ¿La política, programa o proyecto considera que sus logros deben incluir el mejoramiento de la posición y condiciones de las mujeres? ¿El reconocimiento a su contribución económica? ¿al trabajo doméstico y de cuidado familiar?

#### **2.2.4. Análisis de los esquemas de organización institucional y los actores de la política.**

Los esquemas de organización institucional se refieren a los aspectos relacionados con la estructura, organización y políticas internas de las dependencias públicas encargadas de diseñar y ejecutar las políticas públicas, así como las políticas de vinculación que tiene planteadas. Se esperaba que dicha organización contemplara los aspectos necesarios para la incorporación de la perspectiva de equidad de género.

- ❖ Los programas deben operar en el marco de una efectiva coordinación interna entre ellos, así como con las instituciones responsables de proteger y asegurar el ejercicio de los derechos de las mujeres y los hombres: a la salud y como beneficiaria/o del desarrollo.
- ❖ Las respuestas a las siguientes preguntas fueron las que permitieron valorar el tipo de coordinación existente:
  - a. ¿La política pública o programa se coordina con las instituciones responsables de proteger y asegurar el ejercicio de los derechos de las mujeres y los hombres?

- b. ¿La política pública o programa involucra a diferentes dependencias del sector (salud)?
- c. ¿El trabajo coordinado entre ellas se menciona en el documento base de la política o programa?
- d. ¿Cuáles son las obligaciones o facultades de esas instituciones para la coordinación?

Los actores institucionales son las y los encargados de ejecutar y diseñar las acciones. Se esperaba que ellos y ellas contaran con la capacitación en el tema de la equidad de género para realizar sus tareas dentro de un ambiente equitativo y con un servicio dirigido a la participación en la construcción de relaciones equitativas entre mujeres y hombres.

- ❖ Se observó si las y los diversos actores de las políticas o programas estaban capacitados en el tema de la equidad de género. Este análisis se realizó fundamentalmente con el uso de herramientas cualitativas que se desarrollaron en la fase de trabajo de campo (Ver Anexo I).
- ❖ Asimismo, el trabajo de campo permitió observar a mayor profundidad elementos del esquema organizacional que obstaculizan o facilitan la incorporación de la perspectiva de equidad de género, lo cual se presenta en el apartado de Conclusiones.
- ❖ Las respuestas a las siguientes preguntas permitió realizar el análisis de este aspecto:
  - a. ¿El programa o proyecto considera la capacitación de las y los actores en los principios de equidad de género?
  - b. ¿Cómo es la capacitación (contenidos, metodología) que se ha brindado a esos actores?
  - c. ¿La dependencia o entidad cuenta con una dirección, oficina o unidad de género?
  - d. Si sí existe, especifique el tipo de funciones del área, oficina o unidad de género de la institución:
    - a) Análisis e investigación

- b) Promoción
- c) Capacitación
- d) Ejecutivas
- e) Otras (especifique cuáles)
- e. ¿La dependencia o entidad cuenta con un programa de transversalización de la PEG?
- f. ¿La dependencia o entidad utiliza criterios programáticos sensibles al género en sus programas?

### **3. Recurso de sistematización de los resultados**

Una matriz de resultados favorece la presentación del análisis llevado a cabo en sus cuatro fases y por etapa. Se elaborarán formatos específicos que contengan las dimensiones, criterios e indicadores del análisis y faciliten la sistematización y presentación de los resultados (Ver Anexo II).

### **4. Fuentes de información**

La principal fuente de información de este diagnóstico es documental. La revisión bibliográfica incluyó las leyes federales, estatales, Normas Oficiales y Reglamentos varios; los documentos estratégicos de la política pública del estado en el sector salud y el presupuesto asignado a sus programas, y los correspondientes federales, cuando así era adecuado; los diagnósticos, estadísticas, estudios y demás documentos que aportaran información relevante sobre las distintas fases de la política pública. También se consultaron estudios especializados sobre las distintas materias de los respectivos programas objeto de diagnóstico (Ver Anexo III).

## I. CONDICIONES DE SALUD DE LA POBLACIÓN DE BAJA CALIFORNIA, EN ASPECTOS QUE SON OBJETO DE ATENCIÓN DE LOS PROGRAMAS PRIORITARIOS OBJETO DE DIAGNÓSTICO.

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2005<sup>2</sup>, para ese mismo año la distribución por sexo de la población en Baja California fue del 49.66% mujeres y 50.34% de hombres, de un total de 2, 844,469 habitantes<sup>3</sup>. Así mismo se reporta un índice de masculinidad (población de hombres dividido entre la población de mujeres) de 1.01. Este índice se encuentra por arriba del promedio nacional, que se estimó en 0.95.

<b>Cuadro 1</b>				
<b>Distribución de Población por sexo Baja California<sup>3</sup></b>				
<b>Nombre del municipio</b>	<b>Población femenina</b>		<b>Población masculina</b>	
	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Ensenada	206,503	14.62%	206,978	14.46%
Mexicali	425,524	30.12%	430,438	30.06%
Tecate	43,002	3.04%	48,032	3.35%
Tijuana	701,600	49.66%	709,087	49.44%
Playas de Rosarito	36,051	2.55%	37,254	2.60%
<b>Promedio Estatal</b>	<b>1, 412,680</b>	<b>49.66%</b>	<b>1, 431,789</b>	<b>50.34%</b>

Como se puede apreciar en la tabla, en todos los municipios la población masculina es mayor. Resalta el hecho de que casi la mitad de la población del Estado de Baja California se concentra en Tijuana con un 49.59%; le sigue con un 30.09% el municipio de Mexicali. En contraste los municipios con menor concentración poblacional son, Playas de Rosarito, con sólo el 2.58% de la

<sup>2</sup> Datos tomados de Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Disponible en <http://www.inegi.org.mx/inegi/default.aspx?s=est&c=10215>. Consulta interactiva de datos. Octubre 23, 2009.

<sup>3</sup> Instituto Nacional de Salud Pública INPS. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT 2006. Resultados por Entidad Federativa. Disponible en <http://www.insp.mx>. Septiembre 22, 2009

población, seguido de Tecate donde se encuentra el 3.20%. De igual modo, en Tijuana se concentra la mayor parte de la población femenina (49.66%). En contraste, Playas de Rosarito es el municipio con menor población femenina, contando sólo con el 2.55%.

### Esperanza de vida<sup>4</sup>

Para el presente año (2009), la esperanza de vida es de 75.27 a nivel nacional, mientras que para el Estado de Baja California es de 76.10. Tanto en hombres como en mujeres, esta tasa también es mayor en dicha entidad.

<b>Cuadro 2</b>			
<b>Esperanza de Vida 2009<sup>5</sup>.</b>			
	<b>Esperanza de vida Total</b>	<b>Esperanza de vida Hombres</b>	<b>Esperanza de vida Mujeres</b>
Nacional	75.3	72.9	77.6
Baja California	76.10	73.67	78.54

Cabe mencionar que pese a que la tendencia de la esperanza de vida va en aumento en el Estado, en el caso de los hombres entre el 2000 y el 2005 ésta decreció en una proporción pequeña. Sin embargo, como se puede apreciar, para el periodo comprendido entre 2005 y 2009 esta situación se revierte, ya que aumenta la esperanza de vida aproximadamente poco más de medio año.

En contraste con lo anterior, la esperanza de vida de la población femenina en el Estado de Baja California ha ido aumentando de forma constante.

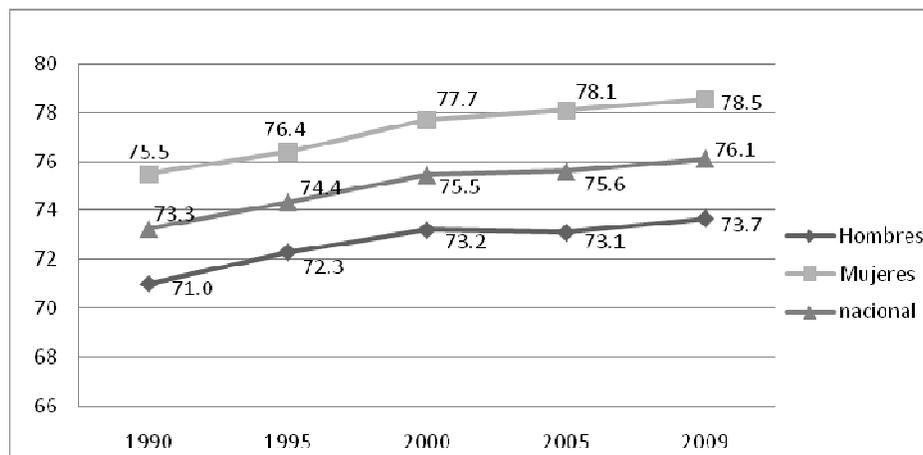
---

<sup>4</sup> Esperanza de vida al nacimiento. Promedio de años que espera vivir una persona al momento de su nacimiento, si se mantuvieran a lo largo de su vida las condiciones de mortalidad prevalentes del presente. Tomado del glosario del Consejo Nacional de Población CONAPO.

<sup>5</sup> Cuadro elaborado a partir de los Indicadores Demográficos Básicos. 1930 a 2030, elaborados por CONAPO. Disponibles en: <http://www.conapo.gob.mx>, consultados el 1 de Octubre de 2009.

Gráfica 1

TASA DE ESPERANZA DE VIDA AL NACER ESTADO DE BAJA CALIFORNIA <sup>6</sup>



En lo que se refiere a la temática del embarazo adolescente, uno de cada cinco nacimientos registrados en 2008 en el estado de Baja California, presentaba la particularidad de que la madre tenía menos de 20 años cumplidos. Este porcentaje corresponde a 12,987 nacimientos y sólo es superado por el registrado en Chihuahua a nivel nacional, donde en el 22% de sus nacimientos registrados la madre tenía menos de 20 años. En contraste, los nacimientos registrados donde la madre es menor de 20 años a nivel nacional es de 17.37%, en tanto que en el Distrito Federal, el menor valor en todo el país, llega al 14.67%. Aunque todos los municipios del estado presentan una alta participación de las madres adolescentes en el total de nacimientos registrados, el fenómeno es más grave en Ensenada y Tecate (véase cuadro 3).

<sup>6</sup> Gráfica elaborada a partir de información del Sistema para la Consulta del Anuario Estadístico de Baja California, 2008. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/sistemas/sisnav/default.aspx?proy=ae&edi=2008&ent=03>, consultada el 23 de Septiembre de 2009.

Cuadro 3 Nacimientos registrados en 2008 por Entidad y municipio de residencia de la madre y por Edad de la madre al nacimiento												
CLAVE		Total	Menor de 15	De 15 a 19	De 20 a 24	De 25 a 29	De 30 a 34	De 35 a 39	De 40 a 44	De 45 a 49	De 50 y más	No especificado
08	Chihuahua	82,263	0.61%	21.39%	28.92%	22.13%	14.84%	6.62%	1.63%	0.24%	0.10%	3.51%
02	Baja California	65,060	0.78%	19.18%	29.44%	23.66%	15.20%	6.70%	1.43%	0.08%	0.02%	3.50%
02 001	Ensenada	10,362	0.58%	20.89%	28.82%	22.24%	14.57%	6.25%	1.38%	0.14%	0.02%	5.11%
02 003	Tecate	2,475	0.69%	19.96%	31.27%	24.32%	14.42%	5.78%	1.45%	0.08%	0.08%	1.94%
02 002	Mexicali	17,610	0.52%	19.93%	28.46%	22.44%	15.21%	6.72%	1.32%	0.07%	0.02%	5.29%
02 005	Playas de Rosarito	1,857	0.65%	18.47%	30.32%	24.50%	14.38%	7.05%	1.88%	0.11%	0.00%	2.64%
02 004	Tijuana	32,749	1.00%	18.21%	29.99%	24.67%	15.51%	6.88%	1.48%	0.06%	0.01%	2.18%
18	Nayarit	24,972	0.54%	20.03%	28.31%	22.83%	14.95%	6.68%	1.60%	0.19%	0.14%	4.73%
05	Coahuila de Zaragoza	58,575	0.55%	19.59%	28.71%	24.80%	16.40%	6.38%	1.10%	0.07%	0.03%	2.38%
10	Durango	39,292	0.46%	19.46%	28.93%	22.69%	15.44%	6.98%	1.81%	0.21%	0.07%	3.94%
03	Baja California Sur	13,993	0.53%	19.12%	30.28%	24.89%	16.31%	6.00%	1.12%	0.11%	0.01%	1.62%
26	Sonora	55,372	0.39%	19.01%	28.53%	24.38%	16.58%	6.96%	1.46%	0.14%	0.03%	2.52%
04	Campeche	18,105	0.68%	18.81%	31.52%	25.26%	15.23%	6.04%	1.44%	0.24%	0.09%	0.69%
06	Colima	12,723	0.55%	18.69%	29.96%	24.01%	16.84%	7.14%	1.57%	0.06%	0.01%	1.17%
25	Sinaloa	61,559	0.64%	18.62%	27.89%	24.66%	17.14%	6.84%	1.48%	0.26%	0.40%	2.05%
12	Guerrero	101,554	0.78%	18.04%	27.29%	22.03%	15.03%	7.80%	2.54%	0.50%	0.24%	5.73%
01	Aguascalientes	26,509	0.35%	17.54%	28.76%	24.63%	17.32%	8.34%	2.00%	0.11%	0.01%	0.92%
15	México	342,830	0.33%	17.48%	29.90%	24.33%	16.16%	7.44%	1.66%	0.13%	0.02%	2.57%
23	Quintana Roo	29,311	0.53%	17.40%	30.74%	25.08%	15.48%	6.45%	1.37%	0.14%	0.01%	2.80%
07	Chiapas	153,738	0.60%	17.38%	29.13%	22.97%	14.59%	7.79%	2.78%	0.54%	0.20%	4.01%

**DIAGNÓSTICO DE LA INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA**

24	San Luis Potosí	59,365	0.38%	16.96%	28.18%	23.88%	16.68%	8.39%	2.19%	0.14%	0.02%	3.18%
	NACIONAL	2,636,110	0.44%	16.93%	28.23%	23.63%	16.07%	7.54%	1.88%	0.20%	0.08%	4.99%
27	Tabasco	51,979	0.61%	16.93%	30.68%	24.33%	14.37%	6.24%	1.58%	0.25%	0.08%	4.94%
30	Veracruz de Ignacio de la Llave	187,560	0.50%	16.87%	27.09%	21.30%	14.03%	6.82%	1.86%	0.21%	0.06%	11.26%
32	Zacatecas	35,277	0.41%	16.73%	27.65%	23.46%	17.27%	8.80%	2.07%	0.14%	0.03%	3.42%
31	Yucatán	38,562	0.43%	16.65%	29.82%	25.23%	16.86%	6.79%	1.59%	0.09%	0.02%	2.53%
28	Tamaulipas	74,492	0.40%	16.61%	28.12%	24.63%	16.06%	6.94%	1.36%	0.09%	0.02%	5.76%
17	Morelos	38,295	0.36%	16.43%	28.49%	23.39%	16.03%	7.20%	1.83%	0.16%	0.04%	6.07%
21	Puebla	164,257	0.41%	16.25%	29.37%	23.91%	15.48%	7.24%	1.92%	0.24%	0.08%	5.11%
29	Tlaxcala	27,522	0.30%	16.22%	30.47%	25.17%	16.10%	6.62%	1.50%	0.13%	0.04%	3.46%
11	Guanajuato	125,187	0.24%	16.18%	28.37%	24.59%	17.21%	8.34%	2.15%	0.14%	0.03%	2.76%
19	Nuevo León	91,247	0.41%	16.12%	25.97%	26.42%	19.70%	8.59%	1.58%	0.13%	0.49%	0.58%
16	Michoacán de Ocampo	107,123	0.38%	16.11%	27.24%	22.83%	15.86%	7.88%	2.19%	0.25%	0.06%	7.19%
13	Hidalgo	64,237	0.35%	15.95%	27.62%	22.80%	14.61%	6.16%	1.46%	0.13%	0.02%	10.90%
22	Querétaro Arteaga	42,460	0.26%	15.86%	27.93%	24.94%	17.79%	8.39%	2.05%	0.12%	0.01%	2.64%
14	Jalisco	156,782	0.28%	15.68%	28.59%	24.96%	17.58%	8.62%	1.98%	0.12%	0.03%	2.17%
09	Distrito Federal	160,377	0.24%	14.43%	25.88%	23.72%	19.27%	9.95%	2.08%	0.13%	0.02%	4.30%
20	Oaxaca	118,307	0.47%	14.18%	24.17%	20.19%	13.56%	6.77%	2.17%	0.32%	0.07%	18.09%
35	Extranjero	7,225	1.94%	9.81%	21.74%	19.60%	12.36%	5.38%	1.76%	0.30%	0.11%	26.99%

**Fuente: Consulta interactiva de datos.**

<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/proyectos/continuas/vitales/BD/Natalidad/nacimientos.asp?s=est&c=11109>

Pero inferir la cifra absoluta de los nacimientos en que la madre es adolescente a partir de los nacimientos registrados en un año específico tiene algunas dificultades. Muchos de los nacimientos de un año en específico son registrados al año siguiente o mucho después, por ocurrir en los últimos meses del año, por conflictos o desidia de los progenitores y por ocultamiento, sobre todo cuando la madre es adolescente o menor de edad. Además, un alto porcentaje de los nacimientos registrados cada año son de menores que nacieron uno o varios años atrás. Por esa razón, los registros administrativos de los nacimientos solo nos pueden dar cifras aproximadas a la realidad, bajo el supuesto de que las tendencias de los embarazos adolescentes no se modifican drásticamente de un año a otro.

En esas condiciones podemos afirmar que los 12,477 nacimientos, registrados en 2008, de madres bajacalifornianas entre los 15 y los 19 años, se traducen en que el 4.9% de las jóvenes de esa edad en el estado fueron madres en ese año. En otras palabras, en un quinquenio, el tiempo necesario para que las jóvenes pasen de los 15 a los 19 años, el 24.5% de ellas habrán sido madres.

Otra aproximación de la magnitud del embarazo adolescente lo da el conteo de población 2005. Según éste, el 26.3% de las jóvenes entre los 15 y los 19 años habían tenido por lo menos un hijo nacido vivo. Este porcentaje sitúa a Baja California como el tercer estado de la República con el mayor porcentaje de adolescentes, en ese rango de edad, que ya han sido madres, apenas por debajo de lo registrado en Chihuahua y Tamaulipas. Analizados los datos por municipio, Tecate y Mexicali aparecen con el mayor porcentaje de adolescentes entre los 15 y los 19 años que ya han sido madres, con 31.3 y 27.9 por ciento, respectivamente.

A este porcentaje debe sumarse el de las embarazadas adolescentes de esas edades que interrumpieron el proceso de gestación por múltiples causas.

**DIAGNÓSTICO DE LA INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD DEL  
GOBIERNO DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA**

**Cuadro 4  
Población femenina entre los 15 y los 19 años, por Entidad y municipio, según hijos nacidos vivos**

	Entidad	Total	sin hijos nacidos vivos	uno o más hijos nacidos vivos	
				Cantidad	Porcentaje
08	Chihuahua	148,389	108,700	39,689	26.7%
28	Tamaulipas	136,171	100,113	36,058	26.5%
02	Baja California	126,011	92,919	33,092	26.3%
02 003	Tecate	4,092	2,811	1,281	31.3%
02 002	Mexicali	37,676	27,173	10,503	27.9%
02 005	Playas de Rosarito	3,431	2,507	924	26.9%
02 001	Ensenada	20,081	14,908	5,173	25.8%
02 004	Tijuana	60,731	45,520	15,211	25.0%
25	Sinaloa	127,081	95,945	31,136	24.5%
03	Baja California Sur	22,544	17,125	5,419	24.0%
23	Quintana Roo	50,214	38,196	12,018	23.9%
19	Nuevo León	185,386	141,164	44,222	23.9%
26	Sonora	109,440	83,344	26,096	23.8%
27	Tabasco	106,202	81,217	24,985	23.5%
12	Guerrero	171,273	131,422	39,851	23.3%
06	Colima	28,458	22,173	6,285	22.1%
01	Aguascalientes	54,259	42,335	11,924	22.0%
07	Chiapas	240,923	189,355	51,568	21.4%
24	San Luis Potosí	125,571	99,093	26,478	21.1%
15	México	671,048	529,587	141,461	21.1%
05	Coahuila de Zaragoza	114,648	90,581	24,067	21.0%
13	Hidalgo	122,344	97,094	25,250	20.6%
	<b>NACIONAL</b>	<b>5,113,115</b>	<b>4,075,558</b>	<b>1,037,557</b>	<b>20.3%</b>
10	Durango	78,639	62,942	15,697	20.0%
20	Oaxaca	188,833	151,170	37,663	19.9%
22	Querétaro Arteaga	83,494	67,521	15,973	19.1%
11	Guanajuato	262,690	212,752	49,938	19.0%
17	Morelos	78,613	63,929	14,684	18.7%
21	Puebla	280,957	229,369	51,588	18.4%
30	Veracruz de Ignacio de la Llave	359,163	293,888	65,275	18.2%
04	Campeche	39,027	32,248	6,779	17.4%
18	Nayarit	48,597	40,157	8,440	17.4%
29	Tlaxcala	54,408	45,012	9,396	17.3%
32	Zacatecas	75,057	62,288	12,769	17.0%
31	Yucatán	92,010	76,368	15,642	17.0%
14	Jalisco	338,780	281,230	57,550	17.0%
16	Michoacán de Ocampo	220,647	184,461	36,186	16.4%
09	Distrito Federal	372,238	311,860	60,378	16.2%

**FUENTE: INEGI. II Censo de población y vivienda 2005.**

## Tasa de Mortalidad<sup>7</sup>

De acuerdo con datos del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), en 2005 la tasa bruta de mortalidad en el Estado de Baja California era de 4.3, y se colocaba por debajo de la tasa bruta de mortalidad nacional, la cual era de 4.6 en el mismo año.

<b>Cuadro 5 Tasa de Mortalidad 2005<sup>8</sup></b>			
	<b>Tasa de Mortalidad</b>	<b>Tasa Específica de Mortalidad Hombres</b>	<b>Tasa Específica de Mortalidad Mujeres</b>
Nacional	4.6	5.1	4.1
Baja California	4.3	5.2	3.4

Se destaca que la tasa de mortalidad en mujeres es menor que la de hombres. Esto tanto a nivel nacional como en el Estado de Baja California. Sin embargo, la brecha en la tasa de mortalidad entre hombres y mujeres es mayor en Baja California (1.8) en comparación con la Nacional (1.0).

<b>Cuadro 6 Distribución porcentual de las defunciones de mujeres por grupos de edad, según entidad federativa de residencia habitual, 2005<sup>9</sup></b>												
		Total	0-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75y+	Ne
Mujeres	Nacional	284,927	7.8	1.3	2.3	2.9	4.4	7.9	12.8	18.4	42.1	0.3
	Baja California	4,934	9.4	1.8	3.4	4.6	6.0	9.3	12.9	16.7	35.6	0.2
Hombres	Nacional	272,236	8.0	1.4	4.5	6.2	7.8	10.3	13.4	17.3	30.6	0.6
	Baja California	7,757	7.7	1.3	5.0	9.9	13.0	12.8	13.3	14.5	21.4	1.1

<sup>7</sup> La Tasa bruta de Mortalidad (o tasa de mortalidad) es un indicador demográfico que se refiere al número de defunciones de una población por cada mil habitantes, en un periodo de tiempo determinado (generalmente es de un año). Tomado del Glosario de Términos de CONAPO. La Tasa Específica de Mortalidad refiere al número de defunciones de una población con características determinadas (estas pueden ser: edad, sexo, o alguna causa de muerte en particular, etc.) en un periodo determinado de tiempo (generalmente un año).

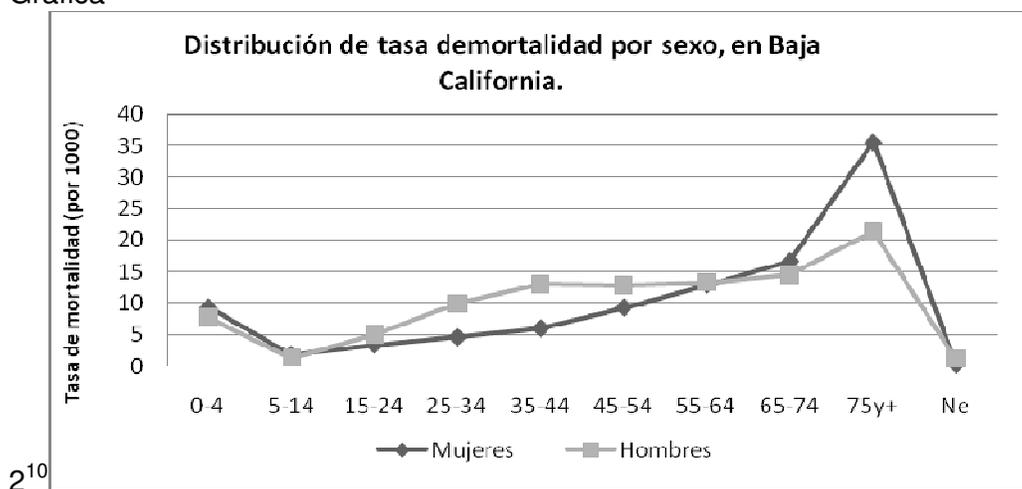
<sup>8</sup> Tabla elaborada en base a los datos del Sistema Nacional de Información en Salud SINAIS. Estadísticas de Mortalidad. Disponible en <http://www.sinais.salud.gob.mx>, consultada el 1 de Octubre de 2009. Los totales incluyen a los no especificados, los cuales para fines de esta tabla no se desagregaron.

<sup>9</sup> Sistema Nacional de Información en Salud SINAIS. Estadísticas de Mortalidad. Disponible en <http://www.sinais.salud.gob.mx>, consultada el 1 de Octubre de 2009.

De acuerdo con la tabla anterior, se puede observar que tanto en el caso nacional como en el estatal, el porcentaje de mortalidad en hombres es mayor en el grupo de varones de 65 años o más; no obstante dentro de ese grupo de edad la proporción de defunciones es mayor en el caso nacional que en el de Baja California, pues en el primer caso el porcentaje es de 48%, en tanto que en el segundo es de 35%. Datos que señalan el hecho de que una proporción de los hombres de Baja California están muriendo a edades más tempranas que lo que se presenta en el plano nacional.

Efectivamente, esto se verifica al analizar el caso del rango de edad de los que tienen entre los 25 y los 64 años, donde Baja California presenta un porcentaje de mortalidad masculina mayor a la nacional. Esta mortalidad es 50% mayor en el rango 25-34 años y casi del 100% en el de 35-44 años. El carácter contrastante de estas cifras pudiese ser explicado por los altos índices de muertes violentas que presentan los hombres, principalmente en el Municipio de Tijuana, ocasionadas por diversos motivos relacionados con el crimen organizado y la inseguridad, nuevamente cabe señalar que Tijuana concentra a prácticamente la mitad de la población de Baja California.

Grafica

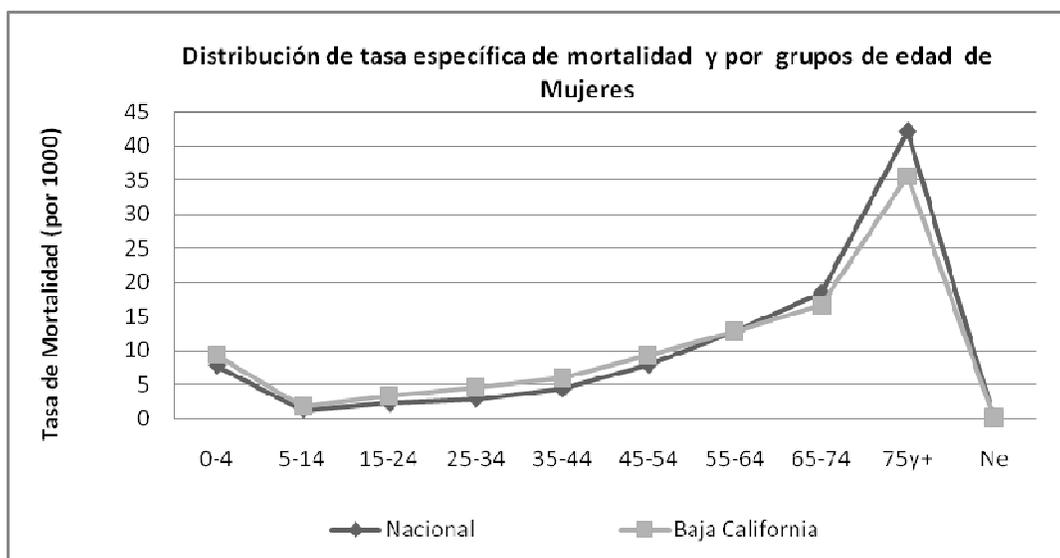


<sup>10</sup> Las gráficas 2 y 3 fueron elaboradas con base en los datos del Sistema Nacional de Información en Salud **SINAIS**. Estadísticas de Mortalidad. Disponible en <http://www.sinais.salud.gob.mx>.

Al comparar la mortalidad femenina con la masculina en Baja California, se observa que estos últimos presentan tasas de mortalidad mayores entre los 15 y los 64 años, en tanto que las mujeres presentan tasas de mortalidad mayores entre los 0 y 14 años, así como entre los 65 y más años.

En el caso de la mortalidad en mujeres, los rangos de edad que concentran las mayores tasas son los de 65 años y más, edades en las que se concentra prácticamente el 50% de las defunciones al año de las mujeres en el estado; y si bien este es 42% mayor al que presentan los hombre bajacalifornianos, esta proporción es una quinta parte menor al que se expresa a nivel nacional para ese grupo de edad de mujeres. Cuestión que indica que las mujeres en Baja California mueren a edades en promedio menores a las que se presentan a nivel nacional. De hecho, en todos los rangos de edad que van desde los 0 hasta los 64 años, las mujeres bajacalifornianas presentan tasas de mortalidad superiores a las nacionales.

Gráfica 3



## Principales Causas de Muerte

Las estadísticas oficiales dan cuenta de una clara diferencia en las causas de muerte por sexo. Como se puede apreciar en la siguiente tabla, la Diabetes Mellitus es la principal causa de muerte tanto en el caso de las mujeres como en el de los hombres a nivel nacional. En el caso de Baja California la incidencia de la diabetes en el caso de las mujeres es la segunda causa de muerte y representa la tercera en el caso de los hombres. Aquí destaca el hecho de que la mortalidad por diabetes sea 50% mayor en mujeres que en hombres en el Estado de Baja California.

<b>Cuadro 7</b>				
<b>Distribución porcentual de las defunciones por entidad federativa según principales causas de muerte y sexo 2007<sup>11</sup></b>				
	Mujeres %		Hombres %	
	Nacional	Baja California	Nacional	Baja California
<b>Diabetes Mellitus</b>	16.2	15.2	11.7	10.3
<b>Tumores malignos</b>	14.6	17.7	11.1	10.4
<b>Enfermedades isquémicas del corazón</b>	10.7	10.2	11	12.6
<b>Enfermedades del hígado</b>	6.7	7.9	7.9	5.9
<b>Enfermedades cerebro vasculares</b>	4.1	2.1	4.9	5.1

No obstante la mayor causa de mortalidad en el caso de las mujeres bajacalifornianas es aquella que deriva de padecer algún tumor maligno, la cual tiene una incidencia 24% mayor a este mismo padecimiento en las mujeres a nivel nacional. También es relevante destacar que los tumores malignos en mujeres como causa de muerte en Baja California, se presenta hasta en un 70% más que en los hombres.

En el caso de los hombres, son las enfermedades isquémicas de corazón las que tienen mayor incidencia como causa de muerte con un 12.6% a nivel

<sup>11</sup> Mortalidad por Entidad Federativa según principales causas y sexo, tabla elaborada por el Instituto Nacional de las Mujeres a partir de datos del INEGI. Disponible en: <http://estadistica.inmujeres.gob.mx/myhpdf/75.pdf>. Consultada el 29 de Septiembre de 2009.

estatal, muy semejante al que presentan las mujeres del Estado (10.2%), como también al que manifiestan los varones a nivel nacional (11%).

Al respecto, cabe destacar que el Plan Nacional de Salud 2007-2012 señala que *“en 2005 ocurrieron más de 40 mil defunciones por tumores malignos en todo el país. Los tumores más comunes son los de tráquea, bronquios y pulmón (16.8%), cuyo desarrollo está fuertemente relacionado con el consumo de tabaco. Si se desagrega esta información por sexo, se observa que el cáncer del cuello del útero y cáncer de mama son los tumores que más muertes ocasionan en las mujeres, seguidos del cáncer de hígado y estómago”*<sup>12</sup>.

Con base en lo anterior, se puede afirmar que la principal causa de muerte de las mujeres de Baja California se debe a padecimientos propios de su sexo, como lo son el cáncer de mama y cérvico-uterino, por lo que las políticas de salud deben considerar precisamente esa especificidad para su mejor atención.

### **Acceso a los servicios de salud**

En el Estado de Baja California sólo el 56.21% de la población es derechohabiente, porcentaje 9.26% mayor al que se presenta a nivel nacional. En contra parte, un elevado 35.53% de la población de esta entidad federativa no tiene derecho a servicios de salud, no obstante, dicho porcentaje es considerablemente menor al que se presenta a nivel nacional, que es de 49.78%. Los porcentajes de derechohabiencia entre hombres y mujeres en el estado de Baja California muestran una diferencia poco significativa de 2.85 puntos porcentuales a favor de las mujeres, cuestión que resulta semejante a la que se presenta en el plano nacional.

Resalta el dato de que el diferencial entre los porcentajes estatal y nacional de derechohabiencia en mujeres sea de prácticamente una quinta parte más a favor de las bajacalifornianas, lo que habla de que ellas cuentan con mayor

---

<sup>12</sup> Programa Nacional de Salud. [www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx) pág. 32

protección a la salud (un 20% más) que el promedio que se registra a nivel nacional. En el caso de los hombres, los diferenciales son también considerablemente favorables a los bajacalifornianos, en este caso es del 18%.

Del total de la población en el Estado de Baja California con acceso a los servicios de salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social atiende al 76.9% de la población, no habiendo tampoco en este aspecto diferencias significativas entre mujeres y hombres.

Después del IMSS, el Seguro Popular cubre el mayor porcentaje de la población de Baja California con un 7.7%, en tanto que el ISSSTE cubre a un 7.5% de la población.

**Cuadro 8**  
**Distribución según condición de derechohabencia a servicios de salud<sup>13</sup>**

		Total	No Derechohabi-ente	Derechoha-biente*	No especificado	IMSS	ISSSTE	PEMEX	Seguro popular	Instituciones privadas	Otra institución**
<b>Nacional</b>	<b>Total</b>	103,263,388	49.78%	46.92%	3.3%	66.2%	11.9%	2.2%	15.1%	3.9%	2.1%
	<b>Mujeres</b>	53,013,433	49.06%	47.72%	3.2%	34.1%	6.5%	1.1%	8.1%	1.9%	1.1%
	<b>Hombres</b>	50,249,955	50.53%	46.08%	3.3%	32.0%	5.3%	1.1%	7.0%	1.9%	1.0%
<b>Baja California</b>	<b>Total</b>	2,844,469	35.53%	56.21%	8.2%	76.9%	7.5%	0.6%	7.7%	4.7%	3.5%
	<b>Mujeres</b>	1,412,680	34.08%	57.65%	8.2%	38.7%	4.0%	0.2%	4.1%	2.3%	1.9%
	<b>Hombres</b>	1431789	36.96%	54.80%	8.2%	38.1%	3.4%	0.4%	3.5%	2.4%	1.6%

\* La suma de la población derechohabiente en las distintas instituciones de salud puede ser mayor a este total, ya que hay población que tiene derecho a más de una institución de salud.

\*\*Comprende a la población que tiene derecho a los servicios médicos que otorgan los gobiernos estatales y otro tipo de instituciones de salud pública.

**FUENTE: INEGI. II Censo de Población y Vivienda 2005.**

<sup>13</sup> INEGI. Censo de Población y vivienda. Baja California. 2000. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx>. Septiembre 28, 2009.

## Régimen de Protección Social en Salud (REPSS)

El Seguro Popular de Salud cubre en 2009 a más de un cuarto de millón de familias en Baja California. A nivel nacional el programa tiene un crecimiento acelerado desde su creación, impulsado por el aumento continuo de sus recursos. En contraste, en el Estado el crecimiento del Seguro es intermitente, con fuertes aumentos seguidos de modestos aumentos en la cantidad de las familias afiliadas.

Conforme avanza la implementación de este programa, el Estado representa un menor porcentaje en el total de las familias afiliadas y de los recursos disponibles a nivel nacional. Esta tendencia se vio solo contrarrestada temporalmente por el fuerte incremento de los recursos ejercidos en el 2007 (véase cuadro 9).

<b>Cuadro 9</b>						
<b>Familias afiliadas y recursos ejercidos en millones de pesos, en el Seguro Popular de Salud</b>						
	NACIONAL		Baja California		Participación	
año	Familias	recursos	familias	recursos	familias	recursos
2002	295,513	163	21,738	11	7.4%	6.8%
2003	613,938	619	44,216	23	7.2%	3.8%
2004	1,563,572	3,463	50,000	168	3.2%	4.9%
2005	3,555,977	6,383	80,000	174	2.2%	2.7%
2006	5,100,000	12,170	120,807	247	2.4%	2.0%
2007	7,307,173	18,899	229,946	721	3.1%	3.8%
2008	9,146,013	24,892	242,755	800	2.7%	3.2%
2009	9,612,943	8,427	258,493	206	2.7%	2.4%

**Fuente: Calderón Hinojosa, Felipe, Tercer Informe de gobierno, Anexo estadístico, p. 506.**

El Seguro Popular descansa sobre siete vertientes, de las cuales la Afiliación Voluntaria, el Programa Oportunidades y el seguro médico para una nueva generación son los que atienden a la mayor parte de la población beneficiaria. En el caso de Baja California, el Programa Oportunidades aporta un porcentaje muy reducido de afiliados al Seguro, lo mismo sucede con los nacidos a partir

de diciembre de 2006 que cubre el Seguro vertiente que tiene un menor peso en el conjunto estatal, que lo que sucede en el resto del país. Es la vertiente de afiliación voluntaria al Programa la que representa la mayor proporción del Seguro Popular en el Estado (cuadro 10).

<b>Cuadro 10 TABLA 2.3 META DE AFILIACIÓN NACIONAL 2009 POR POBLACIÓN OBJETIVO (Cifras preliminares al mes de junio de 2009)</b>		
<b>Población Objetivo</b>	<b>Familias</b>	<b>Porcentaje</b>
Población abierta	4,920,740	44.8%
Oportunidades	2,993,011	27.2%
Seguro médico para una nueva generación	2,330,972	21.2%
Embarazo Saludable	536,927	4.9%
Migrantes	86,500	0.8%
Caravanas de salud	69,472	0.6%
Municipios con menor IDH	56,916	0.5%
Total	10,994,538	

**Fuente:** Elaboración propia a partir de la TABLA 2.3 del Sistema de Protección Social en salud, informe de resultados, primer semestre de 2009  
[http://www.seguropopular.gob.mx/images/contenidos/Informes\\_Resultados/informe\\_1sem2009.pdf](http://www.seguropopular.gob.mx/images/contenidos/Informes_Resultados/informe_1sem2009.pdf)

En los casos pagados por enfermedades catastróficas destaca el bajo número de casos cubiertos por el Seguro Popular en Baja California, apenas el 0.6% del total nacional, como también que la mayoría de estos casos estén relacionados con los cuidados intensivos neonatales (véase cuadro 11).

<b>Cuadro 11 Casos pagados de 8 enfermedades catastróficas en 2008</b>		
<b>Enfermedades</b>	<b>Baja California</b>	<b>Nacional</b>
Cáncer cérvico uterino	13	2,352
Cáncer de mama	3	2,862
Cuidados intensivos neonatales	128	7,741
Cáncer de niños	3	1,316
Cataratas	0	11,673
Trastornos congénitos adquiridos	9	900
Trasplante de médula	0	22
TOTAL	156	26,866

**Fuente:** Elaboración propia a partir de la TABLA 3.4 del Sistema de Protección Social en salud, informe de resultados, primer semestre de 2009

A nivel nacional se ha presentado una tendencia a la reducción del tamaño de las familias afiliadas al REPSS. Así, mientras el tamaño promedio de una familia en México es ya de cuatro integrantes, el de las afiliadas a este programa es de 2.96, mientras que en el estado es de escasas 2.35 personas por familia afiliada, que es el promedio estatal más bajo para todo el país. Dicho porcentaje se ve determinado porque Baja California presenta el mayor porcentaje de familias unipersonales afiliadas al Seguro (41.6%), contra un promedio nacional del 24.6%. Esto es resultado de que sólo una parte de las familias se está afiliando, por el tipo de servicios que están buscando los afiliados al Seguro y por el creciente peso de las familias unipersonales en el Estado.

Baja California presenta otros valores extremos en diversos indicadores del REPSS. Tiene el menor porcentaje de familias aseguradas encabezadas por mujeres (73.5%, contra un promedio nacional de 82.5%), aunque el promedio estatal de familias con jefatura femenina en 2005 era ligeramente superior en el estado (24.2%) que a nivel nacional (23.05%).

También registra la menor cobertura de sus comunidades (14.9%), cuando a nivel nacional se cubre casi a la mitad de las localidades del país (48.9%); lo que se refleja en que tenga el porcentaje más alto de familias afiliadas en las zonas urbanas (91.8%) contra el promedio nacional de 64.1%; efecto acentuado por la caída (de 28.4%) de las familias afiliadas en zonas rurales entre 2008 y 2009.

El programa en el estado presenta el séptimo menor porcentaje de re afiliación por entidad (87.12%) frente al promedio nacional (91.57%).

## Morbilidad<sup>14</sup>

Enseguida se analiza la situación de morbilidad en los temas que están vinculados a los programas estratégicos objeto del diagnóstico.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones 2008 (ENA 2008), *en el ámbito nacional en la población de 18 a 65 años se encontró que 20.6% de la población era fumadora activa (31.3% de los hombres y 10.9% de las mujeres); 19.6% eran ex fumadores (24.3% de los hombres y 15.3% de las mujeres); y 59.8% nunca habían fumado (44.4% de los hombres y 73.9% de las mujeres). En Baja California se encontró que los fumadores activos constituían 19.4% de la población (cerca de 370 mil personas), lo que hace que la prevalencia del estado esté ligeramente por debajo del promedio de consumo de tabaco en la República mexicana.*<sup>15</sup>

En cuanto a drogas se da una situación contraria respecto del nivel nacional, pues en el estado se presenta un consumo equivalente al doble (1.2% vs 0.6%), además de que la exposición al consumo de drogas (*que les hayan regalado o intentado vender drogas*), es muy superior al nacional, en el caso de las mujeres, es ligeramente mayor en las bajacalifornianas que en las del promedio nacional de mujeres. Destaca que drogas médicas, las mujeres presentan un consumo superior al de los hombres, situación que contrasta con el promedio nacional. Así lo refiere la Encuesta de referencia:

*Al comparar la exposición en el estado con la nacional, al interior de cada sexo, hay mayor exposición en las mujeres de este estado. La razón es de 1.3 hombres en el estado por cada 1 a nivel nacional y de 2 mujeres en el estado*

---

<sup>14</sup>“La Morbilidad se define como cualquier separación subjetiva u objetiva del estado de bienestar psicológico o fisiológico” (Compendio de atención primaria. Matin-Zurro, Esvier Publishing Company), es decir son los efectos de una enfermedad, para este caso de una población, en tiempo y sitio determinado.

<sup>15</sup> Encuesta Nacional de Adicciones 2008. Resultados por entidad federativa, Baja California. Instituto Nacional de Salud Pública, 2009. La Encuesta 2008, dada a conocer en Noviembre de 2009, por primera vez fue representativa a nivel estatal, por lo que no fue posible medir la evolución del fenómeno a lo largo del tiempo. En el apartado sobre el Programa de Adicciones se realiza un análisis crítico de la información contenida en el documento aquí citado.

*por cada 1 nacional. De la misma forma que en los resultados nacionales, más hombres (40.4%) que mujeres (29.9%) están expuestos.<sup>16</sup>*

En el caso del alcoholismo, de acuerdo con la ENA 2008, *en cuanto al consumo alto, los hombres (23.6%) y las mujeres (13.1%) se encuentran por debajo del promedio nacional. Para el consumo consuetudinario, en los hombres (7.8%) se observa un consumo por debajo del promedio nacional; mientras que en las mujeres (2.1%) está por arriba. Finalmente, en relación con el abuso/dependencia, en el estado se encuentra que tanto para los hombres (2.4%) como para las mujeres (0.6%) los porcentajes están por debajo del promedio nacional.<sup>17</sup>*

## VIH

En el caso del VIH, entre 1995 y 2007, con una incidencia que duplicaba el promedio nacional, Baja California registró un total de 2,027 personas infectadas con VIH, el 5.14% del total de casos presentados en el mismo período en todo el país. Cifras superadas sólo por el Distrito Federal, Veracruz y el Estado de México. Para el 2007 había reducido la incidencia de personas infectadas y ocupaba ya el octavo lugar de los estados de la república con más casos registrados.

Junto con Tabasco y Veracruz, presentaba en 2008 la mayor tasa de mortalidad por sida (9.6%), el doble de la tasa promedio nacional de mortalidad de personas con sida (4.7%)

El estado destaca, lamentablemente, en los casos de contagio de sífilis, tanto adquirida como congénita, ya en el 2004 (véase cuadro 8) presentaba un alto porcentaje de contagio. Para 2007 presentaba tasas de contagio de 7.4 y 1.1 respectivamente, cuando las tasas nacionales de contagio de estas enfermedades eran de 1.2 y 0.1 por cada 100 mil habitantes.

---

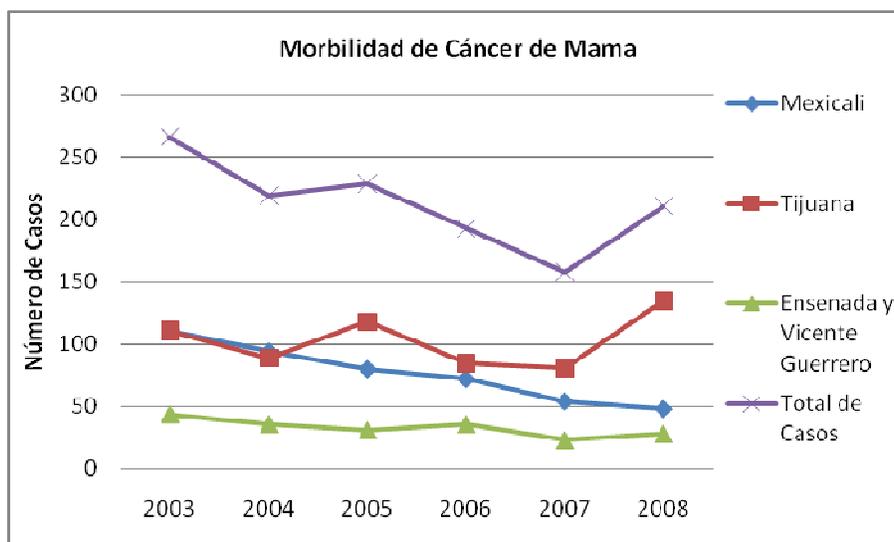
<sup>16</sup> Ibid.

<sup>17</sup> Ibid.

## Cáncer de Mama.

De acuerdo con información de la Dirección de Servicios de Salud del Estado de Baja California, la morbilidad por cáncer de mama ha venido disminuyendo desde 2003, pasando de 266 casos a 211 en 2008, aunque en ese ciclo se observa un ligero repunte de 2007 a 2008 aumentó, sin que se llegara al número de casos del 2003. Vista la distribución en el territorio estatal, las jurisdicciones sanitarias de Tijuana y Mexicali son las que concentran la mayor parte (lo que se corresponde con el peso poblacional de esos 2 municipios, donde se concentran 2/3 partes de la población bajacaliforniana); sin embargo, en el ciclo señalado Mexicali presenta una tendencia decreciente y Tijuana una claramente ascendente, donde de hecho, para el 2008 la morbilidad por cáncer de mama fue superior que en 2003, contrario a lo sucedido en el resto del Estado y particularmente en Mexicali.

Gráfica 4<sup>18</sup>.

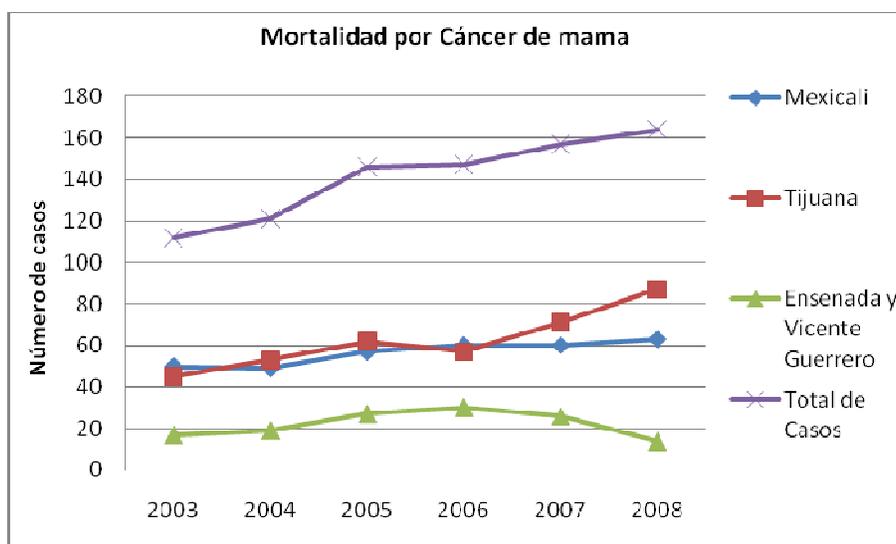


<sup>18</sup> Fuente: Elaboración propia, con base en datos proporcionados por la Dirección de Servicios de Salud del Estado de Baja California.

Por otro lado, la mortalidad por cáncer de mama, mostró una clara tendencia a la alza desde 2003 hasta el 2008. Este crecimiento principalmente se focalizó en Tijuana (donde reside 1 de cada 2 bajacalifornianos), y aunque en Mexicali el incremento no es significativo, el hecho es que tampoco ahí decrece.

Contrasta notablemente la tendencia constante a la alta en la mortalidad con la con las tendencias menos constantes a la alza observadas en la morbilidad. Es decir, los casos de morbilidad por cáncer de mama en Baja California no reflejan una tendencia ascendente clara, aunque tampoco llevan una constante descendente, principalmente porque en su municipio más poblado se han elevado el número de casos, mientras que la mortalidad sí, lo cual refleja un problema que puede estar relacionado con la detección oportuna de las mujeres que padecen este tipo de cáncer, particularmente las que viven en Tijuana.

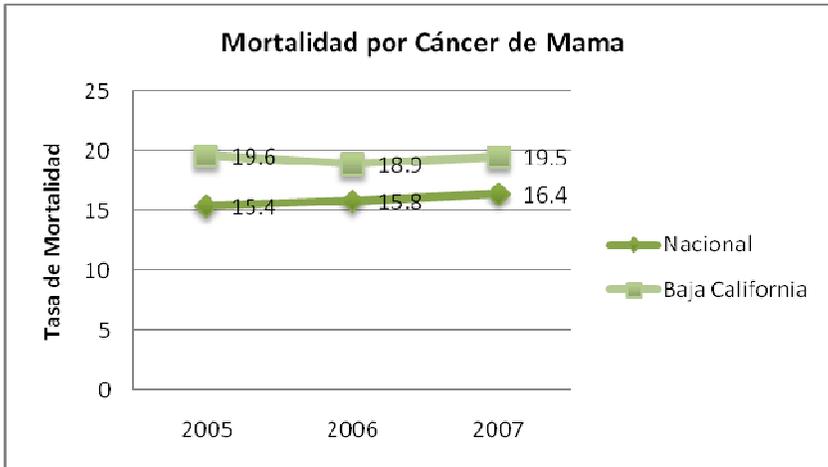
**Grafica 5<sup>19</sup>.**



Lo anterior cobra especial relevancia al observar que la tasa de Mortalidad por cáncer de mama en el estado de Baja California es superior a la tasa nacional,

<sup>19</sup> Ibid.

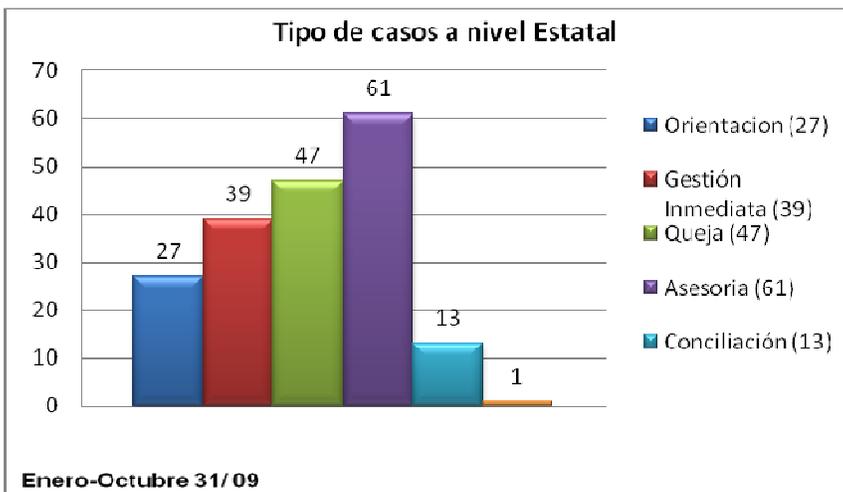
y aunque la brecha ha disminuido ligeramente, aún no manifiesta una tendencia clara, pues la reducción que se observa en 2006 se atenúa al año siguiente.



**Arbitraje Médico.**

En el Estado de Baja California el tipo de casos que la Comisión Estatal de Arbitraje Médico (CAME) atiende con mayor frecuencia es de asesoría, seguido por el de Gestión Inmediata y la Queja. Así mismo, llama la atención que sólo ha habido un caso que se haya tenido que realizar un Peritaje.

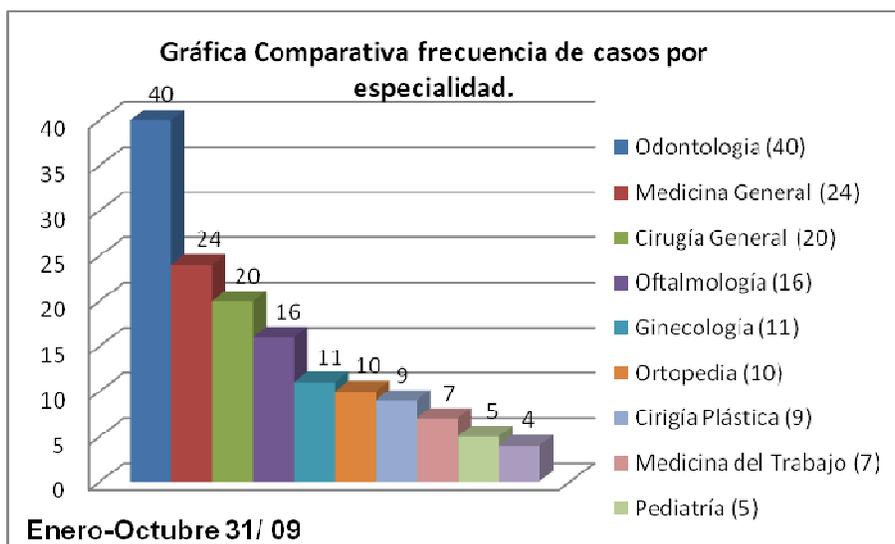
**Gráfica 6<sup>20</sup>.**



<sup>20</sup> Fuente: Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Baja California

Otro dato que resulta importante señalar, es que la mayoría de los casos recibidos por la CAME, provienen de los municipios de Tijuana con un 48% y Mexicali 45%. En cuanto a la frecuencia de los casos de acuerdo a la especialidad atendida, se tiene que de los 146 casos, 40 provienen de servicios relacionados con la especialidad de odontología, seguidos por medicina general y cirugía general.

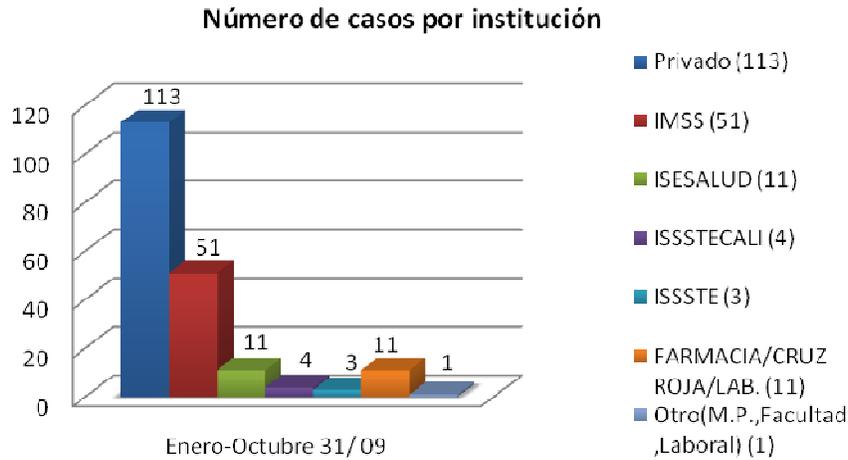
Gráfica 7<sup>21</sup>



Así mismo se puede observar que el servicio de *ginecología* es el quinto lugar en frecuencia, de diez especialidades médicas que comprenden el total de los datos. Esto resulta significativo en la medida en que son sólo mujeres las que recibieron este servicio. Lo mismo sucede con la especialidad que se denomina como *cirugía plástica*, que a decir de la CAME es un servicio al que recurren en su amplia mayoría mujeres.

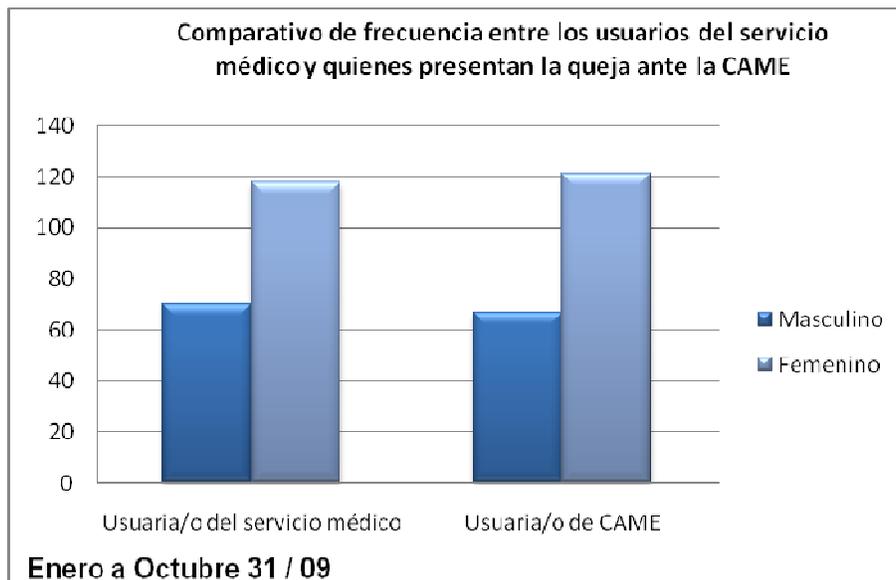
<sup>21</sup> Ibid.

**Gráfica 8.**



Así mismo, se puede observar que de acuerdo con datos proporcionados por la CAME, en la mayor parte de los casos presentados en esta instancia son las mujeres quienes recibieron el servicio médico (63% con respecto al total de casos), y casi en la misma proporción fueron ellas las que interpusieron una queja ante la CAME

**Gráfica 9<sup>22</sup>.**



<sup>22</sup> Elaboración propia, en base a datos proporcionados por la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Baja California.

## II. EL SUSTENTO LEGAL DE LOS PROGRAMAS

### Distribución de competencias entre Federación y Estados, en relación a los Programas Prioritarios objeto de diagnóstico

Ante una histórica condición de atraso en la protección de la salud, la fórmula de acción que el Estado mexicano emprendió a lo largo del siglo XX para tratar de revertir esa situación fue desarrollar un entramado legal-institucional con una fuerte base centralista. Al igual que otras políticas sociales, la Salud fue hasta los años ochenta una responsabilidad esencialmente de la Federación, dejándose para los Estado y los Municipios funciones residuales.<sup>23</sup>

La Federación fue la responsable de desarrollar la mayoría de la infraestructura y los servicios de atención de la salud a lo largo del territorio nacional, lo cual si bien no significaba la imposibilidad de que lo hicieran los Estados, sólo en casos muy focalizados sucedió que se desarrollaran servicios estatales de salud. No fue el caso de Baja California, dada la herencia y la inercia institucional que le dio el hecho de que hasta 1952 se incorporara a la Federación como Estado, lo cual le dio como una de sus características sustantivas a sus servicios de salud el estar orientados en función de las determinaciones de la federación.

Es en el marco de la consagración en la Constitución del derecho a la protección de la salud en 1983, que se da la pauta para asentar la nueva organización del Estado mexicano para la atención de ese derecho,<sup>24</sup> pues en dicha reforma se señala que la Ley respectiva establecería la concurrencia que habría entre Federación y Estados en materia de salubridad, dejando de lado a los municipios, a los cuales no se les asignaron obligaciones directas en la materia.

---

<sup>23</sup> El Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, le señalaba responsabilidades limitadas a Estados y Municipios, en contraposición al papel casi único de la Federación en la materia.

<sup>24</sup> **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.*

Con base en esa disposición constitucional, es que en 1984 se expide la actual Ley General de Salud, la cual señala en el artículo 1º su función de reglamentar *el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece 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 el marco de aquella modificación constitucional y de la nueva distribución de competencias establecida en la Ley General, el gobierno federal impulsó la descentralización<sup>25</sup> de los servicios de salud hacia las entidades federativas, proceso que administrativamente se asentó en los Acuerdos de Coordinación entre Federación y Estados en la materia que se iniciaron en 1985. Con base en esos nuevos roles para las entidades (en particular para 14 de las 31, que fue en donde se inició ese proceso), es que se emiten las leyes locales. En el caso de Baja California, que fue de esas primeras entidades en 1986 emite la Ley de Salud Pública para el Estado.

En 1995 se da un nuevo impulso a la descentralización de las funciones de salud de la federación a las entidades, extendiéndose el proceso a todas ellas, *y transfiriéndose a los estados mayores responsabilidades en la operación de sus sistemas de atención a la salud, y (...) mayor autonomía en el manejo de los recursos presupuestales (...) dejándoles la prestación directa de los servicios.* Las autoridades federales conservaron funciones de tipo normativo y regulatorio, así como desde el legislativo federal, la fijación de criterios de

---

<sup>25</sup> *La descentralización, en sentido estricto, consiste en la transferencia a la administración pública local de facultades, y con ella programas y recursos, que son ejercidos bajo la tutela del órgano que las traspasa. El órgano que recibe las facultades (entidades, municipios) posee una personalidad y patrimonio, así como autonomía política y no se halla bajo el control jerárquico del transmisor.* José Francisco Ruiz Massieu, citado por Guillermo Soberón y Gregorio Martínez en “La descentralización de los servicios de salud en los años ochenta”, en *Salud Pública de México*, Septiembre/Octubre de 1996, Volumen 38, Instituto Nacional de Salud Pública.

asignación presupuestal para financiar el desarrollo de los sistemas de salud de las entidades, sin que ello significara sustituir el financiamiento estatal.<sup>26</sup>

Con base en esta iniciativa descentralizadora es que se sientan las bases institucionales y legales que actualmente rigen los servicios de salud en Baja California, las cuales se expresan en la Ley de Salud Pública para el Estado expedida en 2001 y vigente desde entonces.

**El artículo 13** de la Ley General de Salud señala que *la competencia entre la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general quedará distribuida conforme a lo siguiente:*

**A.** *Corresponde al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud:*

**I.** *Dictar las normas oficiales mexicanas a que quedará sujeta la prestación, en todo el territorio nacional, de servicios de salud en las materias de salubridad general y verificar su cumplimiento;*

**II.** *En las materias enumeradas en las fracciones I, III, V, VI, XVII Bis, XXIII, XXIV, XXV, XXVI, XXVII, XXVIII y XXIX, del artículo 3o. de esta Ley, organizar y operar los servicios respectivos y vigilar su funcionamiento por sí o en coordinación con dependencias y entidades del sector salud;*

**III.** *Organizar y operar los servicios de salud a su cargo y, en todas las materias de salubridad general, desarrollar temporalmente acciones en las entidades federativas, cuando éstas se lo soliciten, de conformidad con los acuerdos de coordinación que se celebren al efecto;*

**IV.** *Promover, orientar, fomentar y apoyar las acciones en materia de salubridad general a cargo de los gobiernos de las entidades federativas, con sujeción a las políticas nacionales en la materia;*

**V.** *Ejercer la acción extraordinaria en materia de salubridad general;*

**VI.** *Promover y programar el alcance y las modalidades del Sistema Nacional de Salud y desarrollar las acciones necesarias para su consolidación y funcionamiento;*

**VII.** *Coordinar el Sistema Nacional de Salud;*

---

<sup>26</sup> Moreno Jaimes, Carlos; "La Descentralización del Gasto en Salud en México: una revisión de sus criterios de asignación" en

<http://www.presupuestoygastopublico.org/documentos/salud/DT%2095.pdf>

**VII bis.** Regular, desarrollar, coordinar, evaluar y supervisar las acciones de protección social en salud;

**VIII.** Realizar la evaluación general de la prestación de servicios de salud en materia de salubridad general en todo el territorio nacional;

**IX.** Ejercer la coordinación y la vigilancia general del cumplimiento de las disposiciones de esta Ley y demás normas aplicables en materia de salubridad general, y

**X.** Las demás que sean necesarias para hacer efectivas las facultades anteriores y las que se establezcan en esta Ley y en otras disposiciones generales aplicables.

**B.** Corresponde a los gobiernos de las entidades federativas, en materia de salubridad general, como autoridades locales y dentro de sus respectivas jurisdicciones territoriales:

**I.** Organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salubridad general a que se refieren las fracciones II, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XVIII, XIX, XX, XXI, XXII, XXVIII Bis y XXX del artículo 3o. de esta Ley, de conformidad con las disposiciones aplicables;

**II.** Coadyuvar a la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, y planear, organizar y desarrollar sistemas estatales de salud, procurando su participación programática en el primero;

**III.** Formular y desarrollar programas locales de salud, en el marco de los sistemas estatales de salud y de acuerdo con los principios y objetivos del Plan Nacional de Desarrollo;

**IV.** Llevar a cabo los programas y acciones que en materia de salubridad local les competan;

**V.** Elaborar información estadística local y proporcionarla a las autoridades federales competentes;

**VI.** Vigilar, en la esfera de su competencia, el cumplimiento de esta Ley y demás disposiciones aplicables, y

**VII.** Las demás atribuciones específicas que se establezcan en esta Ley y demás disposiciones generales aplicables.

En esa Ley General, también se señala que será a través del Sistema Nacional de Salud que se dará esa concurrencia entre Federación y Entidades. A ese espacio convergerán también personas físicas y morales del sector social y privado.

Como se señaló anteriormente, este diagnóstico sobre la incorporación de la perspectiva de género en el área de salud del Gobierno de Baja California, toma como referencia específica los Programas Prioritarios que se impulsan en los siguientes tópicos: Cáncer de mama, adicciones, embarazo adolescente, VIH, arbitraje médico y protección de la salud.

A fin de saber el tipo de concurrencia que en específico llevan a cabo la Federación y el gobierno de Baja California en cada uno de los Programas Prioritarios señalados arriba, se procederá a ubicar en cuales de las materias de salubridad general objeto de regulación en el artículo 3º de la Ley General en específico se adscribe cada uno ellos. Así mismo se va a dilucidar la competencia que tiene Baja California en tanto entidad federativa –con base en lo señalado en la fracción I del apartado B del artículo 13 citado arriba-, o en su defecto lo que resulta competencia de la Federación –conforme a la fracción II del apartado A, de ese mismo artículo 13-.

Cabe señalar que existen algunos Programas que no se corresponden sólo con una de las materias, por lo que se señalan más de una; ello debido a que no está señalado de manera directa y específica en las materia de salubridad contempladas en la Ley.

A continuación se presenta el cuadro 1 que compendia como se adscribe cada Programa a las materias de salubridad, así como el ámbito competencial que al respecto tienen el Estado de Baja California y la Federación:

**DIAGNÓSTICO DE LA INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD DEL  
GOBIERNO DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA**

<b>Cuadro 1</b>		
<b>PROGRAMAS PRIORITARIOS DE SALUD</b>	<b>MATERIAS DE SALUBRIDAD</b>	<b>ÁMBITO DE COMPETENCIA</b>
Adicciones	<b>VIII.</b> La salud mental;	Baja California
	<b>XIV.</b> La prevención, orientación, control y vigilancia en materia de nutrición, enfermedades respiratorias, enfermedades cardiovasculares y aquellas atribuibles al tabaquismo;	Baja California
	<b>XXI.</b> El programa contra el alcoholismo;	Baja California
	<b>XXII.</b> El programa contra el tabaquismo;	Baja California
	<b>XXIII.</b> El programa contra la farmacodependencia;	Federación
Cáncer de mama	<b>XVIII.</b> La prevención y el control de enfermedades no transmisibles y accidentes;	Baja California/ Federación
Embarazo adolescente	<b>IV.</b> La atención materno-infantil;	Baja California
	<b>IV Bis.</b> El programa de nutrición materno-infantil en los pueblos y comunidades indígenas;	La ley no determina competencia específica a la Federación o las Entidades Federativas. Aunque señala en el artículo 6, coincidentemente en la fracción <b>IV Bis</b> que el Sistema Nacional de Salud tiene el objetivo de <i>impulsar el bienestar y el desarrollo de las familias y comunidades indígenas que propicien el desarrollo (sic) de sus potencialidades político sociales y culturales; con su participación y tomando en cuenta sus valores y organización social;</i> <sup>27</sup>
	<b>VII.</b> La planificación familiar;	Baja California
	<b>XIII.</b> La educación para la salud;	Baja California
VIH	<b>XVII Bis.</b> El Programa Nacional de Prevención,	Federación

<sup>27</sup> Cabe destacar que las dos fracciones **IV Bis** fueron incorporados a la legislación en el mismo decreto, por lo que se presume aluden al mismo tema, aunque en el artículo 3 se refiere específicamente de un programa de nutrición materno infantil en los pueblos y comunidades indígenas, y en el artículo 6, se habla en general del desarrollo y bienestar de las familias y comunidades indígenas, olvidándose, por cierto, de los pueblos. Ver DECRETO por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 19 de septiembre de 2006.

	Atención y Control del VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual;	
Arbitraje Médico	No se señala nada al respecto	Baja California
Protección Social en la Salud	<b>II bis.</b> La Protección Social en Salud.	Federación

Es importante señalar que la Ley General establece que las atribuciones para las cuales la federación tiene competencia, son las de *organizar y operar los servicios respectivos y vigilar su funcionamiento por sí o en coordinación con dependencias y entidades del sector salud*. En tanto que para las entidades federativas en tanto *autoridades locales y dentro de sus respectivas jurisdicciones territoriales*, son las de *organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salubridad general*.

Como se puede apreciar, ambas instancias organizan y operan los servicios de salud, pero mientras que la Federación puede vigilar su actuación por sí o a través de otra instancia del sector salud, sólo las entidades federativas supervisan y evalúan directamente la prestación de los servicios que otorgan.

Pero en todo caso, es atribución exclusiva del *Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud* (fracción I del artículo 6): *dictar las normas oficiales mexicanas a que quedará sujeta la prestación, en todo el territorio nacional, de servicios de salud en las materias de salubridad general y verificar su cumplimiento*. Esto es, que todas aquellas materias de salubridad general, sean atendidas mediante servicios médicos de la Federación o de las Entidades, se regirán por las Normas Oficiales Mexicanas que expida la Secretaría de Salud del Poder Ejecutivo Federal.

Por otro lado, es necesario apuntar que existen otras materias de salubridad general que se contemplan en la Ley General, que resultan importantes en el proceso de incorporación de la perspectiva de género de los Programas Prioritarios objeto del diagnóstico. Dichas materias no refieren a aspectos de la atención directa de la salud, sino atienden a actividades que sustentan esa atención, por lo cual resultan de interés público normarlas en la Ley General

(artículo 6). Esas materias de salubridad general, todas las cuales son de competencia del Estado de Baja California, son:

*IX. La organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud;*

*X. La promoción de la formación de recursos humanos para la salud;*

*XI. La coordinación de la investigación para la salud y el control de ésta en los seres humanos;*

*XII. La información relativa a las condiciones, recursos y servicios de salud en el país;*

*XVI. La salud ocupacional y el saneamiento básico;*

Con base en lo anteriormente analizado se procederá en primera instancia a analizar las 2 leyes que son el marco general del diagnóstico en materia de salud y equidad de género en la entidad, esto es, por un lado la Ley de Salud Pública para el Estado de Baja California, y por otro lado la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

Ellas serán vistas a partir de la forma en que se plantea regular las materias de salud que son objeto de actuación de los programas analizados en este diagnóstico, además de que se analiza si prescriben y como la incorporación de la perspectiva de género en dichas materias.

## Diagnóstico de la incorporación de la perspectiva de género en la normatividad del Estado de Baja California

---

### 1. Ley Estatal de Salud Pública para el Estado de Baja California

Ley de Salud Pública para el Estado de Baja California fue publicada en el Diario Oficial el 9 de noviembre de 2001, Sección III, Tomo CVIII y reformada Decreto No. 374, publicado en el Periódico Oficial No. 43, el 19 de octubre de 2007.

La presente Ley es de orden público, interés social y de aplicación en el Estado de Baja California y tiene por objeto:

- I.- Regular el derecho a la protección de la salud de las personas en los términos del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 106 de la Constitución Local, las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud proporcionados por las dependencias y entidades del Ejecutivo del Estado; y
- II.- Fijar los lineamientos conforme a los cuales el Ejecutivo del Estado y los Ayuntamientos ejercerán las atribuciones en la prestación de los servicios de salubridad general a que se refiere el artículo 13 apartado B de la Ley General de Salud.

Dicho apartado establece que es competencia de los “gobiernos de las entidades federativas, en materia de salubridad general, como autoridades locales y dentro de sus respectivas jurisdicciones territoriales:

- I.- Organizar operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salubridad general.
- II.- Coadyuvar a la consolidación funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, y planear, organizar y desarrollar sistemas estatales de salud, procurando su participación programática en el primero;

- III.- Formular y desarrollar programas locales de salud, en el marco de los sistemas estatales de salud y de acuerdo con los principios y objetivos del Plan Nacional de Desarrollo
- IV.- Llevar a cabo los programas y acciones que en materia de salubridad local les competan;
- V.- Elaborar información estadística local y proporcionarla a las autoridades federales competentes;
- VI.- Vigilar, en la esfera de su competencia, el cumplimiento de esta Ley y demás disposiciones aplicables;
- VII.- Las demás atribuciones específicas que se establezcan en esta Ley y demás disposiciones generales aplicables”

Las dependencias involucradas y reconocidas como autoridades sanitarias son: a) el Gobernador del Estado, b) la Secretaría de salud estatal y c) los Ayuntamientos. Los mecanismos de coordinación para el desarrollo de acciones en la entidad están plasmados en los siguientes artículos:

*Art. 6 El Sistema Estatal de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública del Estado y Municipios, por las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones establecidos para dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud. El Sistema Estatal de Salud, con la intervención que corresponda al Comité de Planeación para el Desarrollo del Estado, definirá los mecanismos de coordinación y colaboración en materia de planeación de los servicios de salud en el Estado.*

La concentración de acciones de las Autoridades Sanitarias del Estado con los integrantes de los sectores sociales y privado, se realizará mediante Convenios (Art. 9) en los cuales el Ejecutivo del Estado podrá celebrar con la Federación, los acuerdos de coordinación necesarios para asumir la prestación de los servicios de Salubridad General concurrente, bajo las bases y modalidades que en los mismos se convenga (Art 13).

La Secretaría de Salud del Estado de conformidad con las disposiciones aplicables, aportará los recursos humanos, materiales y financieros que sean necesarios para la operación de los servicios de Salubridad General, que queden comprendidos en los acuerdos de coordinación que al efecto se celebren con la Federación o con los Municipios (Art. 14)

Respecto a los acuerdos de coordinación que se celebren con los Municipios, estos quedarán sujetos a las siguientes bases (Art. 15):

- I.- Indicarán el o los servicios de Salubridad General que constituyan el objeto de la coordinación;
- II.- Determinarán las funciones que corresponda desarrollar a las partes, señalando las obligaciones que las mismas asuman.

Considerando lo establecido en esta misma ley, en lo que cabe al ejercicio de las profesiones, actividades técnicas y auxiliares y de las especialidades para la salud, estarán sujetas a (art. 51):

- I.- La Ley Reglamentaria del Ejercicio Profesional para el Estado de Baja California;
- II.- Las bases de coordinación que conforme a la Ley se definan entre las Autoridades Educativas y Sanitarias del Estado;
- III.-La certificación del Colegio de Profesionales respectivo o de la Asociación correspondiente en su caso; y
- IV.- Los acuerdos que al efecto se suscriban entre el Ejecutivo del Estado y la Federación.

La Ley Estatal de Salud establece que las autoridades educativas estatales en coordinación con las autoridades sanitarias del Estado y con la participación de las instituciones de educación superior y colegios de profesionistas de la salud, recomendarán normas y criterios para la formación de recursos humanos para la salud (art. 62). En ese sentido, la Secretaría de Salud del Estado sugerirá a las autoridades e instituciones educativas en coordinación con Colegios de Profesionales relacionados con la salud cuando así lo soliciten:

- I.- El señalamiento de los requisitos para la apertura y funcionamiento de instituciones dedicadas a la formación de recursos humanos para la salud, en los diferentes niveles académicos y técnicos; y
- II.- El perfil de los profesionales para la salud en sus etapas de formación y desarrollo (art. 64).

Esta ley considera como *población beneficiaria* a la población de la entidad. En las fracciones I y II del artículo 1, se regula “el derecho a la protección de la salud de las personas en los términos del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 106 de la Constitución Local, las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud proporcionados por las dependencias y entidades del Ejecutivo del Estado” y se fijan “los lineamientos conforme a los cuales el Ejecutivo del Estado y los Ayuntamientos ejercerán las atribuciones en la prestación de los servicios de salubridad general a que se refiere el artículo 13 apartado B de la Ley General de Salud”, respectivamente.

La ley no contempla entre sus objetivos la igualdad e inclusión de género. Esto implica que para la elaboración de la Ley de Salud no se consideraron los instrumentos nacionales e internacionales, sobre equidad de género, no discriminación, ambiente libre de violencia, de los cuales los gobiernos tanto federal como estatal son firmantes y está obligado a cumplir y aplicar.

Por lo que, la Ley no integra la necesidad de aplicar la Perspectiva de Equidad de Género como uno de los elementos fundamentales para brindar servicios de salud respondiendo a las necesidades particulares de los géneros. Por ello, resulta pertinente realizar la reforma a esta Ley por parte de las autoridades competentes donde se incluyan los temas de igualdad, no discriminación, para estar acordes con los instrumentos internacionales y para cumplir con los compromisos que el gobierno de México ha adquirido.

En este sentido, la propia Ley brinda medios (como la Ley Reglamentaria del Ejercicio Profesional para el Estado de Baja California y de las bases de coordinación entre las Autoridades Educativas y Sanitarias) para incluir en el

ejercicio profesional y la formación del personal de salud estos principios, ya que en varios de los servicios de salud regulados por la Ley, se considera implícitamente que la atención es para todos los grupos sociales.

Así, la Ley no considera las problemáticas específicas de mujeres y hombres en función de su sexo, del género y del grupo etario. En este sentido, no se brindan los servicios de salud a toda la población o la calidad deseada, pues se ignoran las problemáticas particulares de quienes la integran o puedan requerir de estos servicios de salud.

Por esto, es relevante que las instituciones involucradas asuman que los determinantes de la salud no son los mismos para los dos sexos, debido a las diferencias biológicas y de género que explican diferencias en un abanico extenso de dimensiones de la salud entre hombres y mujeres.

Asimismo en varias secciones de la Ley el lenguaje utilizado es predominantemente masculino. Por ejemplo, se refieren a los niños, los adolescentes, los jóvenes, los obreros y los campesinos, como si estos incluyeran hombres y mujeres. Así mismo, habla de los aceptantes o usuarios del servicio, sin hacer alusión a la población femenina, salvo a las mujeres embarazadas. Por esto, la Ley tiene un lenguaje excluyente que no hace visibles a las mujeres.

En otras secciones, la ley utiliza un lenguaje aparentemente neutro (personas, ser humano), a semejanza de los términos utilizados en la Ley General en la materia, y en el artículo 4º Constitucional.

Respecto del objetivo de equidad de la división equitativa del trabajo, éste no se considera en el contenido de la ley. Tampoco se incluye la necesidad de realizar diagnósticos que identifiquen las diferentes condiciones, afectaciones, riesgos y necesidades en materia de salud de los hombres y las mujeres asociadas a la división sexual del trabajo. Ante la falta de dicho diagnóstico tampoco se establecen servicios específicos destinados a la atención de esos requerimientos diferenciados.

Lo antes mencionado resulta grave porque la Ley estatal no considera esta temática, por lo tanto, es posible que el personal de salud no considere la división sexual del trabajo como un factor que marca diferencias en el ejercicio del derecho a la salud de los hombres y las mujeres. Asimismo, al haber esta ausencia no generan acciones específicas erradicar las desigualdades de género en el acceso a la salud a consecuencia de la división sexual del trabajo.

En este sentido resulta conveniente que en las modificaciones a la Ley se incluyan estos faltantes. Así como también que los Programas de salud consideren esta carencia y en ellos se expresen estrategias que la subsanen para que permita a los/as trabajadores/as de la salud tener y brindar servicios específicos que contribuyan a la equidad de género en el acceso a la salud.

En lo que respecta al ámbito de la violencia, de acuerdo con la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (2006) 62.2 % de las mujeres bajacalifornianas declaró haber sufrido algún incidente de violencia en cualquiera de los siguientes contextos: comunitaria, familiar, patrimonial, escolar, laboral o de pareja.

A pesar de ello en el contenido de la Ley no se considera la importancia de establecer ambientes libres de violencia en las instituciones de salud, pues no se menciona la cuestión de la violencia de género ni siquiera para señalar que deberá procederse a su atención conforme a las normas oficiales.

La ley no menciona en sus contenidos párrafo alguno acerca de la violencia de género o doméstica. Sólo se refiere, en el artículo 36, al maltrato, señalando que tendrán "atención preferente e inmediata a menores, personas con capacidades diferentes y ancianos sometidos en cualquier forma de maltrato que pongan en peligro su salud física o mental".

Este artículo forma parte de la sección de asistencia social, la cual se define, en el artículo 35 de la Ley como: "(...) el 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”.

En este sentido, la Ley de Salud en el Estado no está alineada con las disposiciones de aplicación nacional, e incluso estatal, relativas a la prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia de género.

En ese mismo tenor, la Ley Acceso establece la obligación para diversas Secretarías, entre ellas la de Salud, de: “Promover la capacitación y sensibilización de los funcionarios del sistema judicial, de procuración de justicia, del policial, del sistema de salud y en general, de cualquiera que preste servicios relacionados con cualquier tipo o modalidad de violencia contra las mujeres”.

Es por ello, que el sector salud es un espacio estratégico para la detección de actos de violencia de género que requieren atención médica, para brindar una atención integral a las víctimas y procurar la sanción de los mismos. Violencia que es considerada un problema de salud pública de primera importancia; por lo cual la ausencia en el cuerpo de la Ley debe ser subsanada, para alinearla con los instrumentos tanto nacionales como internacionales y cumplir los mandatos en ellos establecidos, como lo es el impulso a los ambientes libres de violencia.

En lo que refiere a la conciliación de los ámbitos laboral y familiar, en el contenido de la Ley no se considera este objetivo de equidad, pero existen acciones no explícitas que pueden ser un punto de partida para avanzar en ese sentido.

Se menciona lo que comúnmente se conoce como cuidados maternos. En el artículo 23, sección III sobre la atención materna infantil, se determina que las Autoridades Sanitarias del Estado, entre otras responsabilidades, establecerán:

- I.- Procedimientos que permitan la participación activa de la familia en la prevención y atención oportuna de padecimientos de sus integrantes;

Así mismo, en el artículo 24, se determina que: “Las Autoridades Sanitarias, Educativas y Laborales del Estado en sus respectivos ámbitos de competencia, apoyarán y fomentarán:

I.- Los programas para padres destinados a promover la atención materno infantil.

Cabe señalar que aun y cuando la Ley establece estas obligaciones en el contexto de los cuidados materno infantiles, cuando habla de programas para padres termina usando ese término excluyente, que no considera que los hombres pueden y deben participar en el cuidado de sus hijos e hijas.

Aunque sí establece que las autoridades sanitarias establecerán procedimientos para la atención oportuna de los padecimientos de los familiares y que en los ámbitos de salud, educación y trabajo deben existir programas para padres para promover la atención hacia los infantes.

De esta manera, por lo menos en las áreas responsables de apoyar y fomentar tales medidas, deberán existir los medios para que los y las trabajadoras de dichas instituciones puedan atender a sus propios hijos e hijas en ese tema. Esto debe incluir permisos de paternidad, así como días con goce de sueldo para el cuidado de los enfermos menores de edad y acceso a los servicios de guardería, sin distinción alguna del sexo del trabajador.

Estos derechos mínimos de los/as trabajadores/as del sector salud no excluyen que la Ley obliga a las autoridades sanitarias, laborales y educativas a fomentar que se tomen medidas similares en todo el ámbito laboral. Lo cual repercutiría en el mejor cuidado de los/as hijos/as y de su estado de salud, por estrategias familiares donde su atención dependa del cuidado de padres y madres.

En lo que hace a la erradicación de estereotipos de género tradicionales, la ley tiene como objetivo regular el derecho a la protección de la salud, establecidos en la constitución federal y local, y ninguna de las finalidades de este derecho,

definidas en el artículo 3, puede interpretarse como ligado a la erradicación de estereotipos de género.

De hecho, a lo largo de la Ley se incluyen contenidos que reproducen estereotipos tradicionales de género al circunscribir a las mujeres fundamentalmente en su función de madres, y reproduciendo asimismo la visión tradicional de que son ellas las encargadas del cuidado y atención de los/as hijo/as.

Este hecho tiene una fuerte implicación negativa considerando que la ley estatal debe estar en armonía con los planteamientos que establece la nacional y las dos deben signarse a los acuerdos ratificados por México en materia de no discriminación, ambientes libres de violencia, e igualdad de género.

Por otro lado, la Ley tampoco contempla, lo establecido en el Programa Federal Igualdad de Género en Salud, donde se señala que en las campañas de salud no se utilicen estereotipos tradicionales de género “adversos a la salud de las mujeres y los hombres”.

Entonces, se torna urgente la modificación de los contenidos de la Ley para que los Programas contengan estrategias y acciones que combatan y eliminen estereotipos de género.

## **2. Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Baja California (LAMVLVEBC)**

La Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Baja California fue publicada en el Periódico Oficial No. 29 el 25 de junio de 2008, Número Especial, Tomo CXV.

Las disposiciones de la presente Ley son de orden público, interés social y observancia general en el Estado de Baja California y tienen por objeto establecer las bases para regular y garantizar el acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, así como los mecanismos de coordinación entre el

Gobierno del Estado y los Gobiernos Municipales. Favoreciendo su desarrollo y bienestar desde la perspectiva de género, conforme a los principios de igualdad y no discriminación contemplados en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General y los Instrumentos Internacionales aplicables.

Esta ley establece que los gobiernos estatal y municipal en el ámbito de sus respectivas competencias deben expedir las normas legales correspondientes y tomar las medidas presupuestales y administrativas que permitan garantizar el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, cumpliendo con los objetivos del Sistema y del Programa Estatal (art. 2). Asimismo, las dependencias involucradas para hacer efectivo el quehacer de la prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres en el Estado de Baja California son: los Poderes legislativo y judicial, los gobiernos municipales y las dependencias del Ejecutivo Estatal que forman parte del sistema.

Dicho sistema está integrado por los titulares de (art. 32):

- I.- La Secretaría General de Gobierno, quien lo presidirá;
- II.- El Instituto de la Mujer para el Estado, quien fungirá como Secretario Técnico;
- III.- Vocales, que serán los titulares de:
  - a) La Secretaría de Desarrollo Social;
  - b) La Procuraduría General de Justicia del Estado;
  - c) La Secretaría de Seguridad Pública;
  - d) El Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia;
  - e) La Secretaría de Educación y Bienestar Social;
  - f) La Secretaría de Salud, y
  - g) Los Gobiernos Municipales a través de su respectiva instancia de la mujer, o a falta de ésta, quien tenga a su cargo la implementación de mecanismos para el adelanto de las mujeres en la administración pública municipal.

La LAMVLVEBC establece las siguientes atribuciones para el Sistema Estatal a fin de que las dependencias que lo integran establezcan los mecanismos de coordinación viables para prevenir y garantizar el acceso de las mujeres a una vida libre de violencia:

- a) Validar el Programa Estatal;
- b) Fomentar la coordinación, concertación, colaboración e información entre las instituciones estatales y municipales, públicas y privadas que se ocupen de la atención a cualquier modalidad de violencia contra las mujeres;
- c) Promover la capacitación y sensibilización de los funcionarios del sistema judicial, de procuración de justicia, del policial, del sistema de salud y en general, de cualquiera que preste servicios relacionados con cualquier tipo o modalidad de violencia contra las mujeres;
- d) Difundir los contenidos de esta Ley;
- e) Gestionar ante los medios de comunicación, a fin de que participen en la difusión de programas campañas públicas encaminadas a sensibilizar y concientizar a la población sobre el problema de la violencia contra las mujeres, y las medidas para su prevención, sanción y erradicación.

Una vez implementado el programa estatal, los titulares de las dependencias que lo integran se reunirán cada tres meses con la finalidad de evaluar el cumplimiento de los objetivos del programa, y proponer al Ejecutivo estatal su reglamento interno (art. 33).

Así para la efectiva aplicación de la Ley, tanto las Dependencias y Entidades del Gobierno del Estado que conforman el sistema como los poderes legislativo y judicial, Trabajo y Previsión Social y el Instituto de Cultura de Baja California, así como los cinco Gobiernos Municipales del Estado (art. 36) establecerán la coordinación con perspectiva de género, promoviendo la eficiencia en la prestación de sus servicios.

En este sentido, compete al Poder Ejecutivo del Estado a través de sus diferentes dependencias y entidades: Impulsar acuerdos interinstitucionales de coordinación entre las diferentes dependencias y entidades de la Administración Pública del Estado, para lograr la atención integral de las mujeres víctimas de violencia y, celebrar convenios de cooperación, coordinación y concertación así como adherirse a acuerdos en materia de discriminación y violencia de género (art. 38). De esta manera, corresponderá a la Secretaría de Educación y Bienestar Social, en su ámbito de acción, el implementar en la política educativa del Estado, los principios de igualdad, equidad y no discriminación entre mujeres y hombres y el respeto pleno de los derechos humanos. Así como el desarrollo de programas educativos que promuevan la cultura de una vida libre de violencia contra las mujeres, buscando la erradicación de la violencia docente (art. 39).

Compete al Poder Legislativo:

Celebrar convenios de cooperación, coordinación y concertación así como adherirse a protocolos y acuerdos en materia de discriminación y violencia de género con los demás Poderes del Estado (art. 45).

Corresponde a los Gobiernos Municipales de Baja California: Celebrar convenios de cooperación, coordinación y concertación en la materia (art. 47).

Con esta ley se favorece el desarrollo de la perspectiva de género, “(...) conforme a los principios de igualdad y no discriminación contemplados en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General y los Instrumentos Internacionales aplicables”. Asimismo, perspectiva de género se define como el derecho de las mujeres a que las acciones que se programen, tratándose de legislación, políticas públicas, actividades administrativas, económicas y culturales en las instituciones públicas y privadas se hagan de manera transversal, incorporando una visión analítica y política en donde se eliminen las causas de opresión en contra de las mujeres, como la

desigualdad, la injusticia y la jerarquización, contribuyendo a construir una sociedad en donde las mujeres y los hombres tengan el mismo valor e igualdad de derechos y oportunidades (art.5).

En este sentido, corresponde a la Secretaría de Salud el implementar en la política de salud del estado, los principios de equidad y no discriminación entre mujeres y hombres, favoreciendo la prevención de la violencia de género, garantizando que en todas sus dependencias, cuando se trate de la atención a las víctimas, se aplique la NOM 190-SSA1-1999: Prestación de servicios de salud; criterios para la atención médica de violencia familiar. De manera que en la entidad, así como en las demás del territorio mexicano es esta una de las instituciones, a la que concierne la prevención y atención de las víctimas de violencia (art. 37-41).

En la LAMVLVEBC se establece la elaboración del Programa estatal para prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, así como la participación de los dos niveles de gobierno en la entidad de manera coordinada para el planteamiento de estrategias y acciones. Además, involucra a instituciones, la Secretaría de Trabajo y Previsión Social, así como al Instituto de Cultura, que aunque no forman parte del sistema estatal, deben coadyuvar en esta política de prevención, atención y combate a la violencia contra las mujeres. Asimismo, el contenido de la ley considera la perspectiva de género, la no discriminación, la igualdad entre géneros, el respeto a los derechos humanos y lenguaje incluyente para ambos géneros. En este sentido, la Ley está acorde con la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, con la Ley de Igualdad entre Hombres y Mujeres y con instrumentos internacionales como la CEDAW y Belem Do Pará.

En lo que respecta al ámbito laboral, es la Secretaría del Trabajo y Previsión Social la responsable de prescribir y ejecutar políticas y acciones para fomentar los derechos humanos y el desarrollo de capacidades de las mujeres en el ámbito laboral, así como la igualdad de oportunidades. Sin embargo, la ley no establece la división equitativa del trabajo entre hombres y mujeres,

que es otra dimensión que visibiliza también la igualdad entre géneros, y que permitirá ir eliminando brechas de desigualdad. Tampoco considera acciones que permitan la conciliación entre el ámbito laboral y familiar, para poder visibilizar esos derechos y esa igualdad que marca el artículo 40.

No obstante, uno de los contenidos recalcados es el establecimiento de mecanismos que garanticen ambientes libres de violencia para las mujeres considerando los derechos humanos, la igualdad jurídica entre géneros, el respeto a la vida y libertad, la integridad física y moral, el derecho para que las autoridades sean garantía de protección para evitar ambientes violentos o que sean atendidas y protegidas en situaciones de violencia. Lo cual representa un avance trascendente de las garantías individuales y derechos de la mujer, así como la igualdad jurídica y en las oportunidades laborales.

Asimismo, el que la Ley establezca las modalidades de violencia deriva en la posibilidad de establecer mecanismos institucionales para prevenir, detectar, atender y erradicar la violencia en los ámbitos comunitario, laboral, docente, institucional, familiar con el fin de garantizar mejores condiciones de vida para las mujeres y para sus hijos.

En lo que respecta a la erradicación de los estereotipos de géneros tradicionales, la Ley estipula la promoción de la erradicación de la violencia contra las mujeres buscando que sean “libres de toda forma de discriminación y a ser valoradas y educadas de patrones estereotipados de comportamiento y prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad o subordinación”, precepto que resulta de importante envergadura por buscar erradicar esos estereotipos.

En este sentido, la función del Instituto Estatal de las Mujeres (IEM), tal como lo marca la Ley, resulta primordial para la transformación de los modelos socioculturales en hombres y mujeres<sup>28</sup> para prevenir, atender y eliminar las conductas estereotipadas que desencadenan la violencia basada en el género.

---

<sup>28</sup> Cabe señalar que en el artículo 35 la ley considera a ambos géneros para la educación y transformación de los estereotipos.

Así como la sensibilización, capacitación y educación a funcionarios públicos que les corresponda atender víctimas de cualquier tipo de violencia.

Al respecto son dos las instituciones facultadas para incursionar en el aspecto educativo a fin de garantizar los ambientes libres de violencia, la no discriminación y los derechos humanos de las mujeres, la Secretaría de Educación y Bienestar Social y el Instituto de Cultura de Baja California.

No obstante, la ley establece que el Instituto de Cultura debe considerar las modalidades de violencia y en el artículo 11 se establece que “las políticas públicas del Gobierno del Estado y los Municipales, en materia de violencia laboral y docente, con independencia de que pudiesen constituir dichas conductas algún ilícito sancionado en la legislación de la materia, considerarán:

### **III. La adhesión a convenios o protocolos para eliminar estas modalidades de Violencia”.**

Sin duda la Ley apunta a la erradicación de los estereotipos estableciendo el involucramiento de instituciones en materia de educación y cultura, así como la contribución del IEMBC.

Para el caso de los agresores, el artículo 30, dice: “En el caso del o los agresores, éstos deberán participar obligatoriamente en los programas de reeducación integral, así como acatar cualquiera de las medidas de protección impuestas por la autoridad competente”. No obstante la Ley no insta la temporalidad para acudir a algún programa de reeducación, tampoco establece penalización alguna por no acudir a ésta. Lo que puede resultar en la ausencia del victimario o la asistencia mínima para cursar esos programas.

En este caso resulta necesario considerar mecanismos o estrategias que logren el involucramiento del agresor en esas acciones de búsqueda de cambios socioculturales.

### III. TEMAS DE LOS PROGRAMAS PRIORITARIOS OBJETO DE DIAGNÓSTICO

En este Capítulo se analiza la incorporación de la perspectiva de género en cada uno de los seis Programas Prioritarios objeto de diagnóstico. Para ello se aborda en primer término la situación que guarda la incorporación de la perspectiva de género y la materia de salud respectiva en el marco de las Leyes, Normas y, en su caso, Reglamentos que la regulan, para después analizar lo que se refiere a los planteamientos programáticos que orientan la actuación institucional.

#### a) Régimen de Protección Social en Salud

El Sistema de Protección Social en Salud, conocido coloquialmente como “Seguro Popular”, surge como un mecanismo para evitar el empobrecimiento de la población causado por los gastos relacionados con la atención de la salud.

Este argumento se retoma en el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2012, en el apartado de salud de la sección Igualdad de Oportunidades, al afirmar que: “Para una familia que no cuenta con algún tipo de seguro médico, la atención que acarrea la enfermedad grave de uno de sus miembros puede significar la pérdida de su patrimonio para pagar el tratamiento y los medicamentos”.

En tal sentido, se propone en el Plan: *“(...) avanzar sustancialmente en la cobertura de salud para todos los mexicanos, de modo que el usuario pueda acceder a los servicios necesarios para recuperar su salud, sin afectar irremediablemente su presupuesto”* mediante dos estrategias:

La construcción de un sistema integrado de salud para facilitar la portabilidad de los derechos a la atención médica

El acceso de la población con mayores carencias a los servicios públicos de salud promoviendo su incorporación al Seguro Popular y a la atención que brinda la Secretaría de Salud y el IMSS para no asegurados.

## Marco normativo

El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) se crea y define mediante la reforma a la Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15 de mayo de 2003.

Para ello se incluyó un título dedicado exclusivamente al SPSS, el Título Tercero Bis, de la Protección Social en Salud, el cual establece que el Sistema brindará protección social en salud a las familias y personas que no sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud a la población.

La Ley define a la protección social en salud, concepto creado en función de la temática abordada en este Capítulo, como: *“(...) un mecanismo por el cual el Estado garantizará 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”*.

Sin embargo, el Sistema no ofrece de entrada el acceso a los servicios que satisfacen de manera integral las necesidades de salud, sino que establece la obligación de brindar como mínimo *“los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta del sistema de seguridad social para la población no asegurada externa y hospitalización para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención”*.

De suerte que, en la práctica, el Sistema de Protección Social en Salud es el cúmulo de las acciones que en esta materia provean los Regímenes Estatales

de Protección Social en Salud, los cuales son definidos a su vez como las acciones de este tipo realizadas por las entidades federativas.

Lo que articula a todas estas acciones en un sistema es el financiamiento tripartito, con fuerte presencia de las aportaciones federales y la regulación por parte de la Secretaría de Salud federal de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud.

El mencionado Tercer Título de la Ley General de Salud aborda en sus diversos capítulos los beneficios, las aportaciones, el fondo de aportaciones, las cuotas familiares, el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, la transparencia, el Consejo Nacional de Protección Social en Salud, los Derechos y Obligaciones de los Beneficiarios y, las Causas de Suspensión y Cancelación al Sistema de Protección Social en Salud.

Contiene así todos los elementos para definir al SPSS y no sólo los elementos generales para que en otra ley se desarrollaran las particularidades de Sistema de Protección Social en Salud. Es por ello que son múltiples las anotaciones en sus artículos de que sus referencias se limitan a la relacionada con el propio título del que forman parte.

Por esta razón, analizamos los objetivos de la equidad a partir de lo mencionado en este Título de la Ley General de Salud, como si se tratara de la Ley específica del SPSS.

El Reglamento Interno del Régimen de Protección Social en Salud de Baja California no utiliza en ningún apartado un lenguaje inclusivo, por el contrario se utilizan términos que invisibilizan a las mujeres, tales como: Contralor General del Estado, Director general, funcionarios, Presidente de la Junta Directiva, entre otros. Por ejemplo, los artículos 16, 17, 18 y 19 establecen los cargos a ocuparse dentro del REPSS y -aunque no se señala de manera explícita que las mujeres no pueden ocupar estos cargos- todas las

denominaciones hacen referencia al género masculino. Asimismo el contenido del artículo 28 que establece la capacitación y adiestramiento del personal tampoco tiene lenguaje inclusivo.

Un elemento importante a destacar es que en el artículo 32, numeral I que refiere a la promoción de la integración de una base de datos de utilización de servicios y suministros, supervisando las redes de prestadores de servicios, no hace énfasis en el registro de información desagregada por sexo.

En este reglamento tampoco se visibiliza la vinculación entre la división sexual del trabajo y la seguridad social de las mujeres. La responsabilidad de las mujeres en el ámbito doméstico y de cuidado restringe su participación en el mercado laboral formal, lo cual limita también sus posibilidades de acceder a esquemas de seguridad, por lo cual es un aspecto central en la temática. Asimismo, no incorpora la importancia de que haya ambientes libres de violencia de género como parte del régimen de protección social en salud.

Es importante hacer énfasis en que la violencia contra las mujeres ha sido concebida en otros instrumentos normativos como un problema de salud pública. Así se destaca en la legislación que tutela el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia y en la Norma Oficial Mexicana Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar.

Tampoco se considera contribuir a la eliminación de estereotipos de género discriminatorios como un factor que contribuye a la igualdad en el acceso al derecho a la salud y la seguridad. En este sentido no se están considerando en el reglamento los objetivos I y III del Sistema Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres establecidos en la LGIMH, que refieren: “Promover la igualdad entre mujeres y hombres y contribuir a la erradicación de todo tipo de discriminación” y “Coadyuvar a la modificación de estereotipos que discriminan y fomentan la violencia de género”, respectivamente.

## Diagnóstico

De los objetivos de equidad sólo podemos encontrar en este Título referencias a la Igualdad e inclusión, pero a una inclusión social, respecto a brindar los servicios de salud a familias y personas que no se encuentran afiliadas a algunos de los servicios institucionales de salud o a los esquemas de atención a población abierta.

Incluso es necesario matizar que esa inclusión social estaría referida más a impedir que una familia empobrezca por destinar una parte de sus ingresos o recursos a sufragar los gastos en salud, cotidianos o eventuales, que a garantizar efectivamente el derecho a la salud. No se encuentra en el articulado referido al SPSS un diagnóstico que permita identificar desigualdades de género o de otro tipo que el seguro popular estuviera atendiendo, lo mismo ocurre a posibles exclusiones.

De hecho, las referencias a las personas beneficiarias están englobadas en los términos “familias” o “grupo familiar” y, en tal sentido, no se distingue a los distintos miembros que integran a la familia. Este elemento es importante desde distintos puntos de vista. Por un lado, no todas las personas que integran un grupo familiar tienen los mismos riesgos de salud. Dicho riesgo varía según la edad, el sexo, la condición física, herencia genética, etc. Además, dentro del grupo familiar se toman decisiones en torno a la prioridad en la atención a la salud. Estas decisiones están influidas por relaciones de género hegemónicas que se convierten en factores de inequidad.

Así, aunque el programa incluye entre su beneficiarios personas en lo individual que se adhieren al SPSS, no se les menciona a lo largo del articulado. Este faltante se subsana en parte en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, pues ahí se incrementan las referencias a las personas en cuanto receptoras de los servicios de salud ofrecidos. Sin embargo, el término persona es un genérico que no visibiliza a las personas en

particular: mujeres, jóvenes, niños, niñas, personas adultas mayores, hombres, etc.

El Título respectivo y el Reglamento del SPSS abordan el sistema como una propuesta de financiamiento para brindar servicio a partir de las instituciones de salud existentes y de la infraestructura existente. Para fortalecer la infraestructura se plantea el tema del cobro de cuotas de aportación diferenciales de acuerdo a la capacidad adquisitiva de las personas beneficiarias. Incluso se plantea que se puede eximir del pago a las y los beneficiarios que no cuenten con los recursos para cubrir los servicios y que en ningún caso se puede condicionar el servicio al pago previo de esas cuotas.

Se reconoce así que existen desigualdades en el ingreso y en la disposición de recursos, pues las cuotas son diferenciadas a partir de ese criterio, pero no hay acciones en esta estrategia que sean planteadas para eliminar las desigualdades de género en el acceso a los servicios de protección social.

De acuerdo al título de la Ley General de Salud referente al SPSS, corresponde a la Secretaría de Salud, mediante el Consejo Nacional de Protección Social: *“Desarrollar, coordinar, supervisar y establecer las bases para la regulación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, para lo cual formulará el plan estratégico de desarrollo del Sistema”*. Hasta donde tenemos información, este Plan no es público, por lo que no contamos con un diagnóstico propio de esta estrategia.

Se cuenta con el marco de referencia del Programa Nacional de Desarrollo y del Programa Nacional de Salud 2006-2012. En ambos, se ubica al SPSS como una estrategia financiera para evitar el empobrecimiento de las familias y personas causas de la salud. No existe en estos dos documentos propiamente un diagnóstico, sino referencias generales a la alta participación del gasto privado en salud respecto al gasto total para atender esta necesidad y que el 95% del gasto privado es sufragado a partir de los recursos familiares y una

pequeña minoría son cubiertos vía seguros médicos. Se trata de un abordaje de la problemática desde la perspectiva del gasto y no tanto desde una perspectiva de derecho.

Existe un apartado sobre desigualdades en condiciones de salud en el Programa Nacional de Salud. En este se abordan las desigualdades en morbilidad, esperanza de vida y mortalidad entre regiones y comunidades en el país, Concluye dicho apartado aseverando: *Estas desigualdades se deben a diferencias en las condiciones generales de vida, pero también a diferencias en el acceso a recursos y servicios de salud, y en la calidad de la atención, que deben atenderse sin demora. Así, aunque el argumento señala que las desigualdades en estos indicadores de salud se originan en diferencias en las condiciones generales de vida, plantea que solamente se deben atender sin demora “las diferencias en los servicios de salud”.*

Por otra parte, no se valoran las desigualdades de género, las referencias a hombres y mujeres en estos panoramas descriptivos sobre la salud, solo reportan diferencias en los patrones de morbilidad por sexo o la incidencia de enfermedades de la mujer. No existen referencias al acceso diferencial a los servicios de protección, ni a los patrones culturales que influyen en el poco autocuidado de la salud de hombres y mujeres, ni a los de orden sexista que inhiben al atención de ciertas enfermedades por parte de las mujeres (particularmente la atención ginecológica) y de los hombres (padecimientos del aparato génito-uninario).

### **Diseño de la política**

El Diseño del SPSS tiene como objetivo fundamental garantizar el acceso a la salud de la población que no cuenta con seguridad social con el fin de evitar gastos económicos que repercutan en la economía familiar. En otras palabras, evitar la potencial pérdida patrimonial de las familias por no poder enfrentar eventualidades y por ello, hacer uso de los bienes con los que se cuenta. En

suma, se busca intervenir eficazmente en la protección en salud, buscando reducir la pobreza.

Sin embargo, este Sistema no considera las desigualdades por género en el acceso a los sistemas de protección. Por ello, tampoco establece acciones para eliminarlas. El SPSS tiene como fin último, tal como se establece en el objetivo 7 del Plan Nacional de Desarrollo *“Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal”*. Asimismo, *“avanzar sustancialmente en la cobertura de salud para todos los mexicanos, de modo que el usuario pueda acceder a los servicios necesarios para recuperar su salud, sin afectar irremediablemente su presupuesto”*. Pero no considera al género como un factor de vulnerabilidad en el riesgo de falta de protección y empobrecimiento.

### **Acciones y servicios**

Los servicios que se brindan a través del REPSS en Baja California están alienados a las directrices del Sistema Nacional. Son tres los subprogramas que en ese Estado se desarrollan para brindar protección en salud. Primero, la promoción y afiliación al seguro popular; segundo, gestión de servicios de salud y tercero, eficiencia y saneamiento financiera.

En el primero, el objetivo principal es que la población sin derechohabencia se afilie al seguro popular para que pueda contar con servicios de salud pagando una aportación de acuerdo a las posibilidades económicas que presente. El costo restante es subsidiado por el gobierno.

Los y las solicitantes deben acudir a cualquiera de los 17 módulos ubicados en Tijuana, Mexicali, Ensenada, Tecate y Rosarito en un horario de 8:00 am a 5:00 pm. Allí podrán llevar la documentación requerida, la cual será revisada y en caso de estar completa se proporciona un ficha para que pasen con el personal de registro, quien captura los datos y posteriormente el o la solicitante recibe

instrucciones para solicitar el servicio médico en la unidad de salud que les corresponda, generalmente en Centros de salud.

Con los y las usuarios que asisten al módulo de afiliación se aplica el mismo protocolo de atención, es decir, la atención es generalizada para hombres y mujeres, sólo se da preferencia de acceso a las mujeres embarazadas, con niños/as pequeños/as y personas adultas mayores. Las Reglas de operación del programa seguro médico para una nueva generación establecen un *“trato digno, respetuoso y atención de calidad”* como uno de los derechos de las personas beneficiarias pero no incorporan el principio de equidad.

Para la afiliación se privilegia que sean las mujeres las titulares de las pólizas del seguro popular (con pareja o sin ella) pues se considera que son las que cuentan con mayor disposición de tiempo para realizar las gestiones correspondientes. Debe señalarse que la o el titular es quien debe firmar los documentos correspondientes a la afiliación, reafiliación o gestiones pertinentes en función del servicio. Lo cual reproduce estereotipos de género que cargan de trabajo y responsabilidades de cuidado a las mujeres.

Este Régimen tiene focalizado a este grupo poblacional por tener la característica de que un porcentaje considerable son jefas de familia. *“En México según resultados del XI Censo de Población y Vivienda se registran 20.8 millones de familias, de las cuales el 18.7% (3.9 millones) son encabezados por mujeres. De esa cantidad 2.1 millones carecen de seguridad social”*<sup>29</sup>. Para 2006, de acuerdo a las estimaciones del CONAPO de los 804, 000 hogares registrado en Baja California, 186, 693 de estos son encabezados por mujeres, es decir, el 23% del total, un poco menos de una cuarta parte de los hogares en esa entidad. De un total de *“280 mil familias afiliadas, 275 mil son subsidiadas”* (Entrevista con funcionaria del REPSS, primera semana de noviembre, 2008).

---

<sup>29</sup>Información del programa Mujeres Jefas de Familia, proporcionada por la Unidad de Evaluación y Seguimiento del ISESALUD de Baja California.

En este sentido, la estrategia de afiliación sí considera la división sexual del trabajo *“Ser mujer y tener cargas familiares constituyen dos de las mayores dificultades para conseguir un empleo, las madres jefas de familia tienen la necesidad de trabajar para poder subsistir, siendo la única fuente de ingresos de su familia, pero también tiene grandes problemas para la conciliación de la vida familiar y laboral por estar solas en la crianza de los hijos”*.<sup>30</sup>

Las mujeres jefas de familia conforman un porcentaje importante que no cuenta con seguridad social. En Baja California de *“las 186,693 familias encabezadas por mujeres en la entidad, 79,444 carecen de seguridad social (42%)”*.<sup>31</sup>

En palabras de las personas entrevistadas:

*“Por varias razones. Número uno, por la afiliación misma a la mujer; número dos, porque es quien en la práctica lleva más el seguimiento y el control en salud para la familia y para los hijos en particular... llega el marido con la esposa, pero el registro lo hacemos con la mujer. Insistimos mucho en este tema porque en primer por naturaleza la búsqueda de la salud la busca la mujer, segunda de que haya separación, divorcio, lo que nosotros buscamos es que la familia siga estando protegida y en especial la mujer, si ya el hombre busca tener una nueva relación él es el que tiene que promover la cancelación de su registro, el que se levante un nuevo folio para la protección de él y de su nueva familia. Pero en este inter en ocasiones pudiera darse algún lapso en donde quedan desprotegidos, entonces, buscamos que no sean la mujer, ni los hijos. Entonces, nuestro énfasis es buscando la participación de la mujer y la familia”*.

*“Y aparte que la mujer siempre nos preocupamos por la salud de toda la familia. Nunca nos ha gustado que un miembro de la familia esté enfermo y no tengamos la capacidad para salir adelante con ello. Ha salido este programa,*

---

<sup>30</sup> Ibídem.

<sup>31</sup> Ibídem

*por lo regular siempre les pedimos que sea la mujer, porque es un programa que está diseñado para la mujer. La mayoría de las mujeres que se afilian son madres solteras o separadas, con hijos y bastantes hijos”.*

*“(…) la mujer es más responsable en ciertas actividades del hogar, la mujer es más responsable porque está más cerca y más pendiente de lo que sucede... El hecho de que esté más involucrada la mujer, está más pendiente de los niños, de las enfermedades y promueve más”.*

En este sentido, se reproducen estereotipos de las mujeres como encargadas del cuidado de la salud de todas las personas que integran el hogar, de suerte que desde el Programa no se contribuye a transformar este rol por uno más equitativo que redistribuya las responsabilidades entre hombres y mujeres.<sup>32</sup>

Aunque se *privilegia a las mujeres* (como intermediarias no como sujetas de derecho en sí mismas), no hay obstáculos para que el varón la obtenga. Hasta el momento los porcentajes correspondientes a titulares de póliza son del 65% en mujeres y 35% hombres, según datos proporcionados por la directora del REPSS en Baja California. En este sentido la afiliación está orientada preferentemente a las mujeres.

Esta puede ser una estrategia dirigida a contrarrestar las brechas de género pues a pesar de no contar con recursos económicos se puede tener acceso a la salud.<sup>33</sup> En este sentido, el REPSS, está desarrollando una estrategia enmarcada en los derechos constitucionales del acceso a la salud y que

---

<sup>32</sup> “Yo creo que es muy similar la información que se les brinda a un hombre y a una mujer. Llegamos y ah sí te consigo la información, vente mañana, vente pasado. Mayormente con los hombres. Con una mujer vienes y le dices: oye si hoy se te enferma tu niño, mañana no lo van atender en el hospital, ni en el centro de salud, como que hay mayor conciencia. En el hombre simplemente ahorita. Tenemos familias donde el padre de familia está desempleado, entonces su prioridad es buscar un empleo, no el conseguir la documentación. Sin embargo, a una mujer le dices es urgente, tu marido no tiene empleo, si se te enferma el niño no vas a tener con que pagar la consulta y el medicamento, entonces cuando menos procuran no tener una carga adicional. Pero igual en algunos caso, sí funciona y en otros no”. (Entrevista con funcionaria del REPSS, primera semana de noviembre, 2009)

<sup>33</sup> Uno de los objetivos de esta estrategia hacia las mujeres jefas de familias es proteger su salud “a través de acciones de prevención, detección y tratamiento, con el objeto de que este grupo poblacional no postergue la atención a su salud por falta de recursos económicos y en esa medida incidir en una menor frecuencia de la morbi-mortalidad”. Ibídem.

además empodera a las mujeres. Sin embargo, como se ha señalado, al enfatizar que las mujeres son las que se responsabilizan del cuidado de la salud familiar, se ratifican los estereotipos de género tradicionales, en los cuales las mujeres son un medio de la política, no un fin.

Adicionalmente, debe relevarse que el REPSS no se plantea como objetivo contribuir a eliminar las brechas de desigualdad de género, sino la equidad social, buscando que la población sin derechohabiencia tenga acceso a la salud para evitar su empobrecimiento, pero no considera que un factor sustantivo de empobrecimiento y vulnerabilidad en el acceso a la salud es la inequidad de género.

Debe señalarse que los datos de las familias afiliadas o reafiliadas se concentran en el padrón que elabora el personal del REPSS. Ahí los datos se encuentran desagregados por sexo. Sin embargo, la utilidad de los mismos radica únicamente en saber cuántas mujeres y cuantos hombres son derechohabientes del Seguro popular.

Respecto al segundo subprograma, el del área de servicios médicos, los usuarios y usuarias reciben atención médica general y de especialidades por parte de distintas instituciones de salud, aquellas que el REPSS de Baja California tiene como proveedores; ISESALUD, UNEMES, IPBC, DIF y el Instituto Oncológico Pediátrico. Los servicios otorgados son los contenidos en el CAUSES (Catálogo Universal de Servicios Esenciales en Salud). Esos servicios médicos están clasificados en las siguientes modalidades: Servicio de: Salud Reproductiva; Medicina Familiar; Hospitalización; Salud Mental Comunitaria; Urgencias e Inmunizaciones, Detección y Prevención.<sup>34</sup>

Una de las vertientes que corresponde a los servicios médicos de atención que brinda el REPSS a través de las instituciones proveedoras de salud, es el Fondo para Gastos Catastróficos<sup>35</sup> con el cual pueden cubrirse servicios de especialidad y que implican alto costo.

---

<sup>34</sup> Información obtenida de la página electrónica: <http://repssbc.gob.mx/PaginaOficial/>, revisada el 11 de diciembre, 2009.

<sup>35</sup> Las enfermedades consideradas con gasto catastrófico son aquellas que debido a aquellas que *“por el costo y los gastos que se derivan de tratamientos y medicamentos que tienen es muy*

Dicho Fondo “proporciona recursos monetarios a través de un fideicomiso, a los prestadores de servicios acreditados y con convenios firmados para atender 49 enfermedades, las cuales pertenecen a cualquiera de las categorías que se enlistan a continuación: como lo son los padecimientos de cáncer cérvico uterino; cáncer de mama; trasplante de medula ósea; cáncer de niños y adolescentes; cataratas, cuidados intensivos neonatales; VIH/SIDA, trastornos quirúrgicos, congénitos y adquiridos”<sup>36</sup>. En lo que refiere a VIH/SIDA, solamente se cubre el tratamiento ambulatorio, de acuerdo a la Normativa del Centro Nacional para la Prevención y el Control de VIH/SIDA (CENSIDA)<sup>37</sup>.

Uno de los padecimientos que no se considera como gasto catastrófico en el CAUSES es el cáncer de próstata y pulmón, que afecta principalmente a hombres<sup>38</sup>. En este sentido, se consideran dos de los cánceres que afectan a mujeres, más no los que padece la población masculina.

Por lo que valdría poner igual mira a los padecimientos tanto del género femenino como del masculino. Porque si bien es cierto que el Seguro popular cubre los gastos para la realización de estudios para detección de cáncer de

---

*alto debido a su grado de complejidad o especialidad y la baja frecuencia con que ocurren, son definidas y priorizadas por el Consejo de Salubridad General. Algunos ejemplos de este tipo de enfermedades son los cuidados intensivos neonatales, el cáncer cérvico-uterino, el cáncer de mama y el cáncer en menores de 18 años”.* Información obtenida de la página electrónica [http://www.seguropopular.salud.gob.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=52&Itemid=2](http://www.seguropopular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=52&Itemid=2)

<sup>36</sup> Información obtenida de la página electrónica: [http://www.seguropopular.salud.gob.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=52&Itemid=2](http://www.seguropopular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=52&Itemid=2) revisado el día 9 de diciembre de 2009.

<sup>37</sup> “Solamente un 3% no se cubre y prácticamente son enfermedades crónicas degenerativas y las enfermedades crónicas degenerativas son las que aparecen en la tercera edad avanzada. Tenemos un fondo de gastos catastróficos donde atendemos VIH-SIDA, leucemia, cáncer, enfermedades que difícilmente una persona con solvencia económica resulta difícil atender. Este 3% son enfermedades de personas a partir de los 65 años y desafortunadamente estas enfermedades si están muy vinculadas con los hombres”. (Entrevista con funcionaria del REPSS, primera semana de noviembre, 2009).

<sup>38</sup> “Cáncer de próstata no está cubierto, sin embargo, está cubierta la prostatectomía... Hay todas las opciones para evitar el cáncer de próstata. Pero el cáncer de próstata como tal no está cubierto. Pasaría a gastos catastróficos y todavía no se tiene validado por el Consejo nacional en el Estado y, si no se da tanto es porque también pasa lo que pasaba antes con la mujer. El varón se rehúsa a hacerse una encuesta tamizaje para ver si hay algún problema prostático y de esto deviene la contingencia cuando viene un problema de gravedad. Antes no lo hacía la mujer por pudor para que no se les revisara su pecho, pasaba con el Papanicolaou y va a llegar un momento en que los varones si lo hagan y hay proceso de detección en el varón pero muy poco. Si es el 1% sobre patología de próstata es mucho. Entonces no es que se le quiera dar, es la renuencia”. (Entrevista con funcionario del REPSS, primera semana de noviembre, 2009).

próstata, una vez que la enfermedad se ha desarrollado los tratamientos y la atención médica no se consideran dentro del fondo de gastos catastróficos.

Otro de los servicios médicos sufragados por el REPSS es la afiliación al Seguro popular para familias beneficiarias del programa Oportunidades. Los servicios médicos que se ofrecen son iguales para personas recién nacidas, niños y niñas mejores de 5 años, niños y niñas de 5 a 9 años. Para hombres y mujeres de 20 a 59 años los servicios médicos son los mismos, excepto dos de ellos que tiene que ver con las necesidades específicas de cada sexo: detección de climaterio y menopausia a partir de los 40 años, y orientación o detección, según el caso, para algunas enfermedades que se presentan específicamente en hombres o en mujeres. Así, para el caso de información sobre cáncer mamario sólo se considera a las mujeres, y para el cáncer en la próstata solamente a hombres. La única población que recibe atención médica diferenciada, por razones obvias, son las embarazadas en etapa de embarazo y puerperio. En este caso, se consideran las necesidades de hombres y mujeres en los rangos de edad señalados buscando impactar en el bienestar de salud es ellos y ellas. De manera implícita se busca el acceso igualitario a los servicios de salud, pero no se observaron acciones tendientes a garantizarlo en términos de una promoción que haga énfasis en la salud como un derecho.<sup>39</sup>

En lo que hace a la estrategia de embarazo saludable como complementario al programa seguro médico para una nueva generación, consta de acciones enfocadas a la atención prenatal en el embarazo, atención de parto y puerperio fisiológico y atención de cesárea y puerperio quirúrgico<sup>40</sup>. En este caso, la

---

<sup>39</sup> Debe señalarse que respecto a la atención de los servicios médicos por parte de las instituciones proveedoras de salud, no se tienen datos.

<sup>40</sup> Además, tienen derecho a: *Atención quirúrgica de la enfermedad trofoblástica; Tratamiento quirúrgico de embarazo ectópico; Legrado uterino terapéutico por aborto incompleto; Diagnóstico y tratamiento de pre-eclampsia; Diagnóstico y tratamiento de pre-eclampsia severa; Diagnóstico y tratamiento de eclampsia; Diagnóstico y tratamiento de amenaza de aborto y parto pretérmino; Infección de episiorrafía o herida quirúrgica obstétrica; Hemorragia obstétrica puerperal; Diagnóstico y tratamiento de placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta normoinserta; Endometritis puerperal; Pelviperitonitis; Choque séptico puerperal y, Reparación uterina. Ibídem.*

política focaliza necesidades de las mujeres y ha diseñado estrategias y acciones para impactarlas, sobre todo en las adolescentes, madres solteras y en su conjunto aquellas que no cuentan con seguridad social.<sup>41</sup> En este sentido, se busca cerrar una brecha de desigualdad en el acceso a los servicios de salud.

Posterior al parto los niños y niñas recién nacidos(as) pasan a ser beneficiarios(as) del Programa Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG) a través del cual se brinda atención médica (para los principales padecimientos en ese rango de edad, sobre todo en el momento del nacimiento para evitar muerte infantil neonatal) desde el nacimiento hasta los cinco años de edad. El trato y la atención médica son generalizados para ambos sexos y tienen derecho de recibir servicios médicos de 116 intervenciones.<sup>42</sup> Asimismo la familia de la o el neonato que se afilie al Seguro popular a través de este programa tiene derecho a recibir atención de 266 intervenciones del CAUSES (Catálogo Universal de Servicios de Salud).

Asimismo, en las reglas de operación de este programa se considera la *capacitación a los padres sobre los cuidados del recién nacido*, capacitación a los padres y madres sobre alimentación al seno materno y estimulación temprana, capacitación a los padres y madres con respecto al cuidado de los menores, a través de talleres comunitarios para el auto cuidado de la salud.

---

<sup>41</sup>“Embarazo saludable es uno de los programas más nobles que maneja seguro popular. En cuanto a que si es la mujer quien a partir de la concepción. A partir de la concepción entra en un esquema a partir de la gestación, donde se ampara al 100% la enfermedad que pueda suceder conforme al embarazo y también cuando se cierra la afiliación ordinaria el programa de embarazo saludable o el servicio médico de nueva generación a partir de que ya nació el niño la mujer tiene la capacidad para también afiliarse a toda la familia. Esta es una prioridad y es una de las principales características del programa de embarazo saludable que lo que se busca es la tranquilidad de la mujer, que ella tenga certeza de que su embarazo va a ser bien cuidado y que no tenga que preocuparse por el resto de los integrantes de la familia. En automático ellos son candidatos a ser afiliados siempre y cuando no tengan protección social en otra vertiente”. (Entrevista con funcionaria del REPSS, primera semana de noviembre 2009).

<sup>42</sup>Para mayor información véase la página electrónica: [http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=52&Itemid=2](http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=52&Itemid=2)

En las acciones señaladas se hace coparticipe al varón en los cuidados de la alimentación, ya que si bien es cierto la mujer es la que juega el papel fundamental en el período de lactancia, es indispensable que los hombres generen conciencia sobre la importancia de la lactancia materna y de participar de los cuidados de la o el recién nacido. Así, en términos de promover la igualdad entre los géneros, es importante el hecho de que las reglas de operación involucren en los cuidados de los hijos e hijas pequeñas tanto al hombre como a la mujer. Ello estimula el ejercicio de una paternidad responsable y permite fomentar la superación de los estereotipos sexuales que suponen que la madre es la única responsable de los cuidados que requieren los hijos e hijas.

Por otra parte, el programa mujeres jefas de familia cubre distintas intervenciones médicas: Atención prenatal, parto y puerperio; Prematurez; cáncer cervicouterino; VIH; cataratas; leucemia linfoblástica; cirugía y hospitalización; Exámenes de diagnóstico; servicios odontológicos; atención de urgencias; servicios de consejería médica, psicológica y nutrición y, inmunizaciones.<sup>43</sup> Actualmente de las 95,000 familias afiliadas al Seguro Popular, el 72% son encabezadas por una mujer.<sup>44</sup>

El tercer subprograma que desarrolla el REPSS es el control financiero administrativo el cual consiste en otorgar financiamiento a las instituciones proveedoras de salud para el mejoramiento de infraestructura y servicio médicos de salud. En este sentido, el REPSS está garantizando que sus beneficiarios y beneficiarias tengan acceso a los servicios cuando lo soliciten.

Además, a partir del 2005 es que la infraestructura de los centros proveedores de salud ha mejorado, gracias al financiamiento de esta institución. Son distintas las formas en que se transfiere el recurso. La primera es el pago de los servicios de salud para garantizar que están a la disposición cuando el

---

<sup>43</sup> Información del programa Mujeres Jefas de Familia, proporcionado por el REPSS de Baja California.

<sup>44</sup> *Ibíd.*

usuario o usuaria del Seguro popular lo solicita; segundo, el pago por los servicios brindados; tercero, el pago del 40% de la plantilla del personal de salud y cuarto, la transferencia para infraestructura.<sup>45</sup>

En lo que hace a los objetivos de equidad,<sup>46</sup> hay mínimos contenidos relacionados con la importancia de la división equitativa del trabajo y el combate a los estereotipos de género en los contenidos de los documentos programáticos y en las acciones desarrolladas por el Seguro Popular en el Estado de Baja California. Pese a que en el Plan estatal de desarrollo y en la Ley de Salud Pública Estatal para el Estado de Baja California se considera la transversalidad de la equidad de género en los programas de gobierno.

### Presupuestación

Según el primer informe del 2009 del REPSS, el presupuesto federal asignado al Sistema de Protección Social en salud (SPSS) ascendió a 45,587.1 millones de pesos. *“De los 12,008.4 millones de pesos ejercidos al primer semestre de*

---

<sup>45</sup> *“Como somos un seguro nosotros garantizamos que cuando la familia requiera la prestación de un servicio existe el prestador que lo va a atender. Así que nada más, porque potencialmente pudiera requerirse la prestación del servicio, nosotros les pagamos. Esa es una vía, otra vía es por la prestación del servicio brindando, uno es para que tu mejores tu infraestructura, tus servicios, tu gasto corriente. (Para eso) Nosotros pagamos el 40% de la plantilla de nuestros prestadores de servicios. En momento dado ellos dicen es muchas las familias REPSS y por ende necesitamos de mas recurso. Nosotros tenemos el recurso sobrado y se los transferimos para que brinden un servicio de excelencia, no un buen servicio, ese es el costo que nosotros pagamos. Si ellos necesitan fortalecer la infraestructura tenemos una tercera vía de transferencia de recursos. Si a mí me dicen lo que pasa es que los quirófanos son insuficientes, yo pongo a disposición de ellos una bolsa donde ellos me tienen que justificar y me tiene que priorizar. Yo necesito vehículos para vacunación o yo necesito remodelar un centro de salud o necesito un nuevo hospital. Prácticamente es a partir de 2005 el 80 y tantos por ciento del crecimiento de las unidades han sido sufragados por nosotros. Si la plantilla exclusivamente operar para atender las familias REPSS no requerimos de tanta gente, pero lo que se busca es fortalecer a los prestadores, que también ellos tengan para operar con nuestras familias REPSS, pero también ellos tienen la obligación de atender población abierta, entonces que también les resulte provechoso, pero hasta este momento lo que es la prestación del servicio nosotros tenemos para pagar lo necesario”.* (Entrevista con funcionaria del REPSS, primera semana de noviembre, 2009).

<sup>46</sup> Los objetivos de equidad son aquellos diseñados por el equipo consultor tomando como base los documentos internacionales, nacionales en lo que a equidad de género se refiere. Estos han servido como base para el análisis de los documentos normativos, programáticos y de las acciones de los programas a analizarse y, son los siguientes: igualdad e inclusión; división equitativa del trabajo, conciliación de los ámbitos laboral y familiar; ambiente libre de violencia y estereotipos tradicionales de género.

*2009, 8,427.3 millones de pesos correspondieron a los subsidios de la Cuota Social y la Aportación Solidaria Federal; 821.1 millones de pesos al Fondo de Previsión Presupuestal y 2,760.0 millones de pesos al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, lo que significó un ejercicio del 100% de los recursos programados para el periodo. De conformidad con las metas de afiliación establecidas en el Anexo II del Acuerdo de Coordinación para la ejecución del SPSS, la Aportación Solidaria Estatal para el ejercicio fiscal 2009 asciende aproximadamente a 15,427.1 millones de pesos”.*<sup>47</sup>

El POA no considera presupuesto destinado a acciones con perspectiva de género, pues no considera las necesidades diferenciales de los hombres y las mujeres. Si bien la afiliación al Seguro popular de mujeres jefas de familia es un avance en términos de la garantía de un acceso universal a los servicios médicos, cabe recordar que la atención médica es restringida y se brinda en una perspectiva tradicional del considerar a las mujeres es su funciones de madres-ciudadanas. Lo cual no contribuye al logro de relaciones de género más equitativas.

Para las mujeres embarazadas, sólo se brinda atención prenatal, durante el parto y el puerperio, mas no se contempla una atención integral. Lo mismo sucede con el resto de las atenciones, si bien es cierto, el objetivo principal es la protección social en salud, el planteamiento federal y estatal no van más allá del impacto meramente médico con tratamientos específicos relacionados con la enfermedad o padecimiento. Se trata de una concepción de la salud que se limita a la intervención durante una enfermedad, pero es escasa en prevención. No se tienen datos respecto al presupuesto asignado a hombres/mujeres, niños/niñas para la atención médica.

El siguiente cuadro muestra el presupuesto de egresos para 2009. Siendo los financiamientos más altos para las acciones los relacionados con la Protección social en salud y la Gestión de servicios de salud.

---

<sup>47</sup> Informe de resultados REPSS, primer semestre 2009.

<b>PRESUPUESTO DE EGRESO EJERCICIO 2009</b>		
<b>RESUMEN POR PROGRAMA Y SUBPROGRAMA</b>		
<b>Programa y Subprograma</b>	<b>Descripción</b>	<b>Presupuesto autorizado 2009</b>
Programa 03	Gestión y conducción de la política institucional	2,410,612.50
Programa 04	Administración	16,252,293.56
Programa 76	Protección social en salud	1,533,263,067.69
Subprograma 01	Promoción y afiliación al seguro popular	27,032,550.58
Subprograma 02	Gestión de servicios de salud	1,506,230,517.11
Total presupuesto de egresos, 2009		1,551,925,973.75
Fuente: Datos proporcionados por el REPSS del Estado de Baja California del		

### **Seguimiento y evaluación**

Las acciones del REPSS están encaminadas a abatir la desigualdad en el acceso a la salud de los distintos sectores poblacionales sin acceso a la seguridad social para evitar pobreza patrimonial por el desembolso que ocasionan los gastos en salud. Pero no existe un diagnóstico, diseño de estrategias y acciones que contribuyan a la equidad de género e incluyan objetivos de equidad e inclusión para hombres y mujeres, de suerte que en la promoción del derecho a la salud y en las acciones preventivas se divulguen derechos de las mujeres, incluyendo el acceso a una vida libre de violencia, o bien, la necesidad de superar los patrones sexistas que han derivado en una división sexual del trabajo que implica cargas mayores de responsabilidad para las mujeres cuando una persona del grupo familiar se enferma. Por ello los mecanismos de evaluación no incluyen los factores anteriores.

No obstante, es un avance importante que algunas acciones, las relacionadas con el SMNG, apuntan a incorporar al varón en los cuidados de los hijos e hijas recién nacidos(as).

Otro de los puntos importante que se consideran en la atención hacia los usuarios y usuarias es la no discriminación. Sin embargo, sólo queda como mención, sin plantearse acciones concretas encaminadas a combatirla. Para ello, resulta necesaria la inclusión de acciones que trabajen sobre aspectos culturales que permitan un trato diferenciado para hombres y mujeres a partir de sus particularidades: grupo etario, preferencia sexual, género, origen étnico, condición migratoria, entre otros.

### **Coordinación de acciones**

En lo que hace a la coordinación debe mencionarse que de acuerdo a lo establecido en la Ley General de Salud debe *“Haber coordinación para la organización, administración y operación del Sistema de Protección Social en Salud”*. En este caso el REPSS en Baja California firma convenios de coordinación con instituciones de salud proveedoras de los servicios de atención médica, como el ISESALUD, IPBC, entre otras, para garantizar que se presta el servicio y que se están realizando parte de las acciones enmarcadas en las directrices federales. Pero sobre todo, para garantizar que los beneficiarios(as) del Seguro popular cuentan con esa protección para la salud.

*“Nosotros tenemos un trabajo en coordinación, muy estrecho, a través del ISESALUD... nosotros firmamos un convenio de coordinación con los principales prestadores de servicios. Uno lo mencionaba es el ISESALUD, uno es el Instituto de Psiquiatría en Baja California, tenemos la fundación Castro Limón. El ISESALUD para operación a través de los Centros de salud y de los Hospitales generales. El Instituto de Psiquiatría nos brinda atención psicológica y psiquiátrica, el DIF estatal nos brinda rehabilitación, en el caso de la Fundación Castro Limón nos están ayudando con la atención de nuestros niños*

*con cáncer o leucemia y estamos en proceso de firmar un convenio con el Hospital de salud Mental en Tijuana. Igual estamos tocando puertas con otros prestadores para tener el número necesario de prestadores de servicios".* (Entrevista con funcionaria del REPSS, primera semana de noviembre, 2009)

El convenio con el ISESALUD se firmó el 1 de enero del año 2006, en éste se establece que *"las Partes suscribieron un Convenio de Gestión, con el objeto de establecer las bases de colaboración entre el REPSS y el ISESALUD, para la prestación de servicios médicos, farmacéuticos, quirúrgicos y hospitalarios que satisfagan de manera integral a las personas afiliadas al Sistema, así como para mejorar y elevar la calidad de los servicios que se presten a sus derechohabientes".*<sup>48</sup>

La coordinación existente entre las distintas áreas del REPSS radica en cumplir con los objetivos planteados como parte de las estrategias y líneas de acción, más no para realizar acciones con perspectiva de género.

Respecto a la calidad de la atención a los y las usuarias, el REPSS carece de mecanismos de evaluación. Son las personas prestadoras del servicio quienes deben cumplir con este cometido.<sup>49</sup>

*"Nosotros únicamente estamos atentos a que se les de servicio, que cuando hay una persona que se queja le damos seguimiento nada más para ver si la tiene. Que se le dé la atención. Cuando hay problemas mayores porque no podemos darle el servicio porque sea una competencia hospitalaria de tercer nivel hacemos la gestión, pero no llevamos el registro, la estadística de los que atendieron, no llevamos el registro de la patología, de la atención y de la no conformidad del usuario".* (Entrevista a funcionario del REPSS, primera semana de noviembre, 2009)

---

<sup>48</sup> Convenio de coordinación interinstitucional REPSS-ISESALUD.

<sup>49</sup> *"Nosotros lo único que hacemos que estén garantizados a los modelos, que estén alineado a los protocolos y que se ejerza. Nosotros no somos operativos".* (Entrevista con funcionaria del REPSS, primera semana de noviembre, 2009).

Incluso el POA 2009 considera como objetivo del subprograma Gestión de servicios de salud realizar evaluación de la calidad y alcance de los servicios médicos a nivel estatal con el fin coordinar conjuntamente (REPSS-ISESALUD) el crecimiento estructural que impulse y haga eficientes los servicios considerando el CAUSES y las enfermedades contenidas en el Fondo de protección para gastos catastróficos. Asimismo, se considera como meta evaluar el grado de satisfacción del usuario de los servicios en cuanto a tiempo de espera, información, surtimiento de receta, y acceso a estudios diagnósticos.<sup>50</sup> En este sentido resulta importante esta acción pues está relacionada con los protocolos de atención a las y los usuarios. Sin embargo, no se especifican mecanismos de supervisión sobre la atención en los procedimientos de inconformidad de los usuarios por el servicio. En este sentido sólo se privilegia la prestación del servicio, más no la calidad de este. Por lo que resultaría importante incorporar criterios para evaluar la calidad de la atención y especialmente si están considerando las necesidades de hombres y mujeres; origen étnico, culturales, necesidades de género, entre otras.

*“Es la no conformidad del usuario con el prestador de servicios. No en la atención, si la atención es negada va a decir ‘no me atendieron’. Y buscamos la forma de como se hizo, intervenimos para que se le dé el servicio”.* (Entrevista con funcionario del REPSS, primera semana de noviembre, 2009).

### **Organización institucional**

En cuanto a capacitación, el POA 2009 contiene como actividad institucional a desarrollarse el fortalecimiento de la cobertura de los servicios de salud considerando como meta *“capacitar a médicos que tengan contacto directo con los pacientes en el manejo y aplicación del catalogo universal de servicios de salud vigente (causes) seguro médico para una nueva generación (smng) y*

---

<sup>50</sup> Identificación de Subprogramas para el ejercicio fiscal 2009. Secretaría de Planeación y Finanzas, REPSS. Información proporcionada por la Unidad de Evaluación y seguimiento del ISESALUD.

*gastos catastróficos*". En ese sentido, sí se está cumpliendo con el objetivo de esa capacitación porque el REPSS capacita a los gestores médicos sobre el contenido del CAUSES, el pago que se debe realizar por la prestación de servicios, principalmente, para que estos a su vez tengan la información suficiente para transmitirla a los beneficiarios(as).

*La capacitación que nosotros damos como área médica es para ver para qué les sirve, qué les cubre toda la parte de información, que no pierda contacto y sepa a dónde acudir, pero es el único contacto. Son 50 personas, media hora cada quince días. Los del módulo están de manera permanente con los usuarios, nosotros no estamos con ellos... Es muy técnico, lo del financiamiento de la parte que procede*". (Entrevista con funcionario del REPSS, primera semana de noviembre, 2009)

El personal que se encuentra atendiendo los módulos de afiliación recibe dos tipos de capacitación por parte del personal del REPSS, una que refiere al manejo de la base datos de afiliados y afiliadas, es decir, capacitación técnica y, la segunda, que tiene que ver con la atención a usuarios y usuarias solicitantes de la afiliación al Seguro popular. Sin embargo, ésta segunda capacitación no considera el abordaje de los contenidos con perspectiva de género. *"Sí hemos tenido, una de las capacitaciones que estuvo muy buena es de cómo tenemos que tratar a las personas. Ya ve que hay persona con problemas. Por el mismo problema de salud llegan agresivos, saber cómo tratar a esas personas, personas que llegan con prepotencia, de todo nos toca ver aquí. Esa capacitación me gustó mucho. Otras capacitaciones han sido sobre el sistema*". (Entrevista con personal del módulo de afiliación de Mexicali, primera semana de noviembre, 2009).

Es importante que en la capacitación a los prestadores y prestadoras de servicios se incorpore la temática de los derechos de las mujeres, en particular los derechos sexuales y reproductivos y el derecho a una vida libre de

violencia, pues con ello se cumple con la normatividad nacional e internacional en la materia.

Asimismo, el personal de atención directa de los módulos de afiliación cuenta con el manual de procedimientos el cual contiene *“los procesos que se realizan dentro de las Direcciones de Promoción y Afiliación; de Gestión de Servicios de Salud; y de Administración y Financiamiento y poder de esta manera establecer e implementar los métodos y técnicas de trabajo para mejorar la calidad del servicio ofertado a la ciudadanía”*.

También el ISESALUD recibe capacitación de personal del REPSS sobre aspectos administrativos como lo es el manejo de bases de datos: *“Nosotros hacemos capacitación a personal de ISESALUD sobre proceso de calidad o de servicios; eso para captura de información”*. (Entrevista con funcionario del REPSS, primera semana de noviembre, 2009).

Sin embargo, ninguna de las capacitaciones que el REPSS brinda al personal tiene contenidos sobre perspectiva de género. Incluso se considera que como no se tiene relación con el usuario al que se le brindan los servicios de salud no resulta necesaria, pues sólo queda como una información o parte del capital cultural del que la ha recibido.

Pese a ello, a través de la convocatoria emitida por el Instituto de la Mujer para el Estado de Baja California para el desarrollo del Diplomado “Presupuestos con Perspectiva de Género, realizado de agosto a noviembre de 2009, algunas(os) del personal administrativo. La selección de los(as) asistentes se llevó a cabo a partir de los puestos y funciones que desempeñan. Los contenidos abordados en esa capacitación resultaron del interés de alguna de las(os) participantes. Otros, han sido invitados a conferencias que abordan la temática.

*“Se han dado algunas pláticas, pero no va más allá de la mera información para capacitación, porque nuestro proceso es afiliación y financiamiento. No*

*tenemos nada que ver directamente con el usuario... Sí ha asistido la gente y les queda como tal como información. Que de mucho va a servir. Asistí a una plática al Instituto sobre vocación".* (Entrevista con funcionario del REPSS, primera semana de noviembre, 2009).

En este sentido se considera importante, que se incluyan capacitaciones con contenidos de género. Además, considerar que en el Depto. de Análisis y Evaluación del Servicio Médico se incorpore la evaluación de la calidad del servicio y la atención con perspectiva de género. Igualmente para el *call center* debería considerarse este abordaje de género. Es decir, que considere las necesidades, demandas e intereses particulares de hombres y mujeres, así como las problemáticas particulares de salud que presentan en el Estado.

#### **b) Embarazo adolescente**

El embarazo adolescente es una de las problemáticas que se ha intensificado en los últimos años convirtiéndose en un problema de salud pública. El volumen y tipo de información que se maneja como parte de la educación sexual, así como los valores y costumbres tradicionales influyen en este problema teniendo como resultado la deserción escolar, paternidad y maternidad generalmente sin responsabilidad, reproducción de condiciones de vida marginales, multiplicación generacional de la pobreza, potenciales episodios de violencia intrafamiliar y de género, dificultades de acceso al mercado laboral, por citar algunos.

Adicionalmente, el embarazo adolescente se asocia a altas posibilidades de adquirir alguna infección de transmisión sexual (ITS) y en las mujeres el potencial riesgo de contraer el cáncer cervicouterino, pues las primeras prácticas sexuales muchas veces se suceden sin uso del preservativo.

Para el caso de las adolescentes, además de los agravantes señalados, el embarazo está clasificado de alto riesgo, lo que conlleva mayores posibilidades de muerte materna y perinatal.

Uno de los estados de la República con mayor porcentaje de embarazos en adolescentes es Baja California (ver diagnóstico). En esta entidad la tasa global de fecundidad es de 2.9 hijos por mujer y en el año 2000 se registraron más de 62 mil nacimientos (...) ya que mientras las mujeres de 20 a 24 años sumaron 30.1%, las adolescentes de 15 a 19 años representaron 15.1%”, según datos contenidos en el *Plan Estatal de Desarrollo*.

La política pública ha abordado la problemática del embarazo adolescente a través de la promoción de la planificación familiar. El *Plan Estatal de Desarrollo de Baja California* en el capítulo cinco, numeral 5.1.1 menciona que hay un importante crecimiento de la población de jóvenes en la entidad, por lo que se considera necesaria la puesta en marcha de políticas que *orienten a los jóvenes para la toma de decisiones informadas y responsables acerca de la formación familiar, el comienzo de la vida sexual, el embarazo, que les permita aprovechar las oportunidades educativas y de inserción productiva*.

### **Marco normativo**

En lo que respecta a la normatividad existente utilizada para abordar la problemática del embarazo adolescente y la planificación familiar, se encuentran la Ley de Salud Pública para Baja California, la NOM 005-SSA2-1993 de los servicios de planificación familiar y la NOM-007-SSA2-1993 atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

En lo que respecta a la Ley de Salud Pública para el Estado de Baja California se destaca la temática de la planificación familiar y la salud materna infantil. En el artículo 26 se señala que los servicios de salud *son un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, con pleno respeto a su dignidad. Las actividades de planificación familiar deberán incluir la información y orientación educativa para los adolescentes y jóvenes*.

Si bien en todo el apartado IV relativo a la planificación familiar se consideran a las personas como sujetos activos con libertad y derecho de elección en materia de reproducción, no es una disposición que haga visible a las mujeres y a los hombres como personas que enfrentan problemáticas y necesidades específicas y diferenciadas en materia de reproducción a partir justamente del género; así como tampoco hace explícita la consideración de los hombres y las mujeres como sujetos específicos de derechos reproductivos y sexuales, independientemente de que vivan en familia o no.

Asimismo, no contempla el tema de la salud reproductiva y los servicios necesarios para garantizarla. Puesto que se circunscribe básicamente al tema de la planificación, lo cual enfatiza el interés público de un bajo crecimiento poblacional pero no el de garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las personas.

La ley debe concebir y prescribir las acciones de planificación familiar y de salud materno-infantil desde la óptica de los derechos sexuales y reproductivos de hombres y mujeres. Por lo que se hace necesario que al abordar los derechos sexuales se consideren las necesidades particulares de ambos géneros, independientemente de que no tengan una vida en pareja<sup>51</sup>.

Entonces, se considera pertinente que el sector salud en el estado plantee una política pública en materia de planificación familiar de la cual forme parte la problemática sobre el embarazo adolescente, que considere la igualdad e inclusión, así como el género, edad y estado civil.

En cuanto a la información a la población sobre el tema, se señala en el artículo 27, que será el Consejo Nacional de Población (CONAPO) y su correlativo estatal, las instancias que establezcan los contenidos y estrategias

---

<sup>51</sup> Para dos puntualizaciones de los derechos sexuales revísense las siguiente páginas electrónicas:

<http://www.letraese.org.mx/cartilla.htm>

<http://www.indetectable.org/pages/dersex.htm>

*de la comunicación educativa en materia de servicios de planificación familiar y educación sexual.*

Incluso en el artículo 26 se señala que habrá *la información y orientación educativa para los adolescentes y jóvenes*, lo cual es adecuado, pero no se menciona la necesidad de que haya información específica para las mujeres y los hombres adolescentes, atendiendo a las diferentes posiciones, condiciones y problemáticas que enfrentan.

Además, la ley no contempla la participación de otras instancias, como el Instituto Estatal de las Mujeres. La inclusión del Instituto y de otras instituciones en la definición de los contenidos en materia de planificación familiar y educación sexual, potencialmente permitiría que éstos fueran elaborados tomando en cuenta la perspectiva de género y el pleno respeto de los derechos sexuales y reproductivos.

De la misma manera que permitiría la producción y reproducción de información *en la temática de salud con perspectiva de género y la documentación de inequidades con base en evidencias científicas* como se establece en el Programa Federal Igualdad de Género en Salud.

En lo que respecta a la salud materna infantil, se asocia la atención médica de la mujer con aquellas enfermedades que derivan de su papel de madre, restringiéndose su atención médica *durante el embarazo, el parto y el puerperio* (artículo 22). Sin embargo, no hay en el resto de la Ley mención alguna a padecimientos o enfermedades de las mujeres, independientemente de su condición de madres. Como tampoco existen lineamientos explícitos tendientes a garantizar atención a las enfermedades específicas de los hombres.

La Ley considera a las mujeres únicamente relacionadas con la reproducción y sus consecuencias sanitarias, lo que implica dejar de lado otras necesidades de las madres de menores de edad y de las mujeres que aún no son madres, o ya no están en edad reproductiva. Sin duda alguna, la necesidad de políticas

públicas que consideren las diferentes etapas y necesidades de mujeres y hombres deben ser establecidas en la Ley.

El contenido de esta Ley también carece de lineamientos específicos para que el sector salud enfrente adecuadamente la transición epidemiológica y los efectos de la fuerte migración en edad productiva y reproductiva en el perfil de la población a atender.

Por lo que resulta sustancial la disposición para la realización de diagnósticos de salud por sexo y grupos de edad que permitan la generación de políticas específicas que garanticen una mayor generación de impactos, asociados a una mayor equidad.

La NOM 005-SSA2-1993 de los servicios de planificación familiar, fue publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 30 de mayo de 1994. Ésta aborda el tema de la planificación familiar, definiéndola como el *derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener al respecto la información específica y los servicios idóneos. El ejercicio de este derecho es independiente del género, la preferencia sexual, la edad y el estado social o legal de las personas.* Siendo la población objetivo los hombres y las mujeres en edad reproductiva.

El objetivo de esta norma es uniformar los criterios de operación, políticas y estrategias para la prestación de los servicios de planificación familiar en México, dentro de un marco de absoluta libertad y respeto a la decisión de los individuos y posterior a un proceso sistemático de consejería, basada en la aplicación del enfoque holístico de la salud reproductiva. En ella no se establecen mecanismos de coordinación para las dependencias participantes en la elaboración de la misma.

En lo que refiere a su contenido debe señalarse que el lenguaje utilizado hace mención a mujer/hombre, niños, niñas en la parte introductoria de la misma. En el resto del contenido se mencionan los términos parejas, usuarios o individuos y población. No obstante, se utiliza el término usuarios para referirse tanto a

hombres como mujeres. Solo en algunos numerales se mencionan los términos usuario/usuario de manera diferenciada. Además del señalamiento de que tanto mujeres como hombres deben recibir información y educación sobre el tema de la planificación familiar.

Esto no responde a un lenguaje incluyente para ambos sexos, pues sólo se enfoca a abordar a ambos cuando alude a la clasificación de métodos anticonceptivos específicos. Además, la sección que establece información y educación para ambos no hace alusión a particularidades para ambos géneros.

En el numeral 4.1.3 se menciona que *la prestación de los servicios de planificación familiar deben ofrecerse sistemáticamente, a toda persona en edad reproductiva que acuda a los servicios de salud, independientemente de la causa que motive la consulta y demanda de servicios, en especial a las mujeres portadoras de mayor riesgo reproductivo, cuidando de no condicionar los otros servicios a la aceptación o negación al uso de métodos anticonceptivos*. Asimismo el 4.1.4 señala que *todo usuario puede asistir libremente al servicio de planificación familiar, para recibir atención cuando tenga alguna duda, presente o refiera algún efecto colateral imputable al uso del método anticonceptivo, aun cuando no hubiera cita concertada, debiendo ser atendido a la brevedad posible por personal capacitado*.

Sin embargo, estos apartados no consideran la igualdad de género, sólo se menciona que la atención debe brindarse a toda persona en edad reproductiva que solicite el servicio.

En otros numerales como los siguientes (4.2, 4.4.1.2 y 4.4.1.7) se considera también brindar información a la población que lo solicite, haciendo mención tanto a hombres como mujeres. Sin embargo, cuando se menciona a los adolescentes no se hace diferencia entre hombres y mujeres, sólo se utiliza el término genérico.

Lo mismo sucede con los tres siguientes numerales:

4.2 el cual refiere a la a promoción y difusión de los servicios de planificación familiar. *Éstos se efectuarán a través de acciones de comunicación en medios de difusión masiva, participación social y comunitaria mediante técnicas grupales, entrevistas personales, visitas domiciliarias y otros medios pertinentes, a fin de dar a conocer los beneficios a la salud de la práctica de la planificación familiar. Se informará a la población de la existencia de los servicios correspondientes en las unidades médicas, centros comunitarios de atención y servicios médicos privados”.*

4.4.1.2 *La consejería debe dar particular atención a los siguientes grupos e individuos:*

- *adolescentes*
- *usuarios que solicitan métodos de anticoncepción permanente*
- *población de diferentes etnias (indígenas)*
- *individuos que presentan limitaciones físicas*
- *responsables legales de individuos que presentan limitaciones psíquicas que puedan afectar su capacidad de decisión*
- *mujeres en el posparto o postcesárea con un producto de alto riesgo*
- *hombres y mujeres, cuando su hijo recién nacido presente problemas de salud que comprometan su supervivencia.*

4.4.1.7 *El prestador de servicios de salud reproductiva y planificación familiar de los sectores públicos, social y privado tiene la obligación de: permitir que el usuario decida libre y responsablemente sobre el número y el espaciamiento de sus hijos, y del método de control de la fertilidad que mejor cumpla sus expectativas.*

Respecto al seguimiento de métodos anticonceptivos (5.1.1.6) se considera a ambos sexos, pero sólo por cuestiones que obedecen a la clasificación de los

mismos. La vasectomía para los hombres y el resto de métodos que se ofertan para las mujeres.

En lo que respecta a métodos de barrera, la norma hace alusión tanto al condón femenino como masculino. Sin embargo, no hace mención alguna sobre la responsabilidad tanto de hombres como de mujeres en el uso de preservativos.

En lo que hace a indicadores como la división equitativa del trabajo; ambiente libre de violencia y conciliación de los ámbitos laboral y familiar, la norma no los considera en su contenido.

Tampoco el contenido de la norma establece la erradicación de estereotipos de género tradicionales. Sin embargo, sí considera que tanto la información como la educación respecto a la planificación familiar debe ser dirigida tanto a hombres como mujeres individual o grupalmente y sin importar la edad (numeral 4.3).

No obstante, los temas serán seleccionados por el personal de salud en función de la población receptora. Esta selección y la emisión de los contenidos educativos deberán manejarse adecuadamente para no incurrir en la reproducción de estereotipos de género.

Asimismo, el numeral 4.4.1.1 sobre consejería establece que esta *planificación familiar es un proceso de análisis y comunicación personal entre el prestador de servicios y el usuario potencial y/o el usuario activo, mediante el cual se proporciona información, orientación y apoyo educativo a individuos y parejas que les permitan tomar decisiones voluntarias conscientes e informadas acerca de su vida sexual y reproductiva. El proceso se debe enfocar a resolver o aclarar las dudas que se pudieran tener acerca de las indicaciones, uso, seguridad y efectividad de los métodos anticonceptivos.* Por lo que la consejería debe manejarse sin recurrir a los estereotipos de género, en los que se le asigna a la mujer la responsabilidad de la planificación familiar y los

quehaceres de la reproducción, si no propiciando que su pareja se involucre en el seguimiento del método elegido por los dos.

En lo que respecta a la NOM-007-SSA2-1993 atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Ésta se publicó el 6 de enero de 1995. Establece la atención de mujeres embarazadas, parturientas y en puerperio, así como niños y niñas recién nacidas. Siendo el objetivo de la misma el establecer criterios para atender y vigilar su salud.

Esta norma es de observancia obligatoria para todo el personal de salud en las unidades de salud de los sectores público, social y privado a nivel nacional, que brindan atención a la población señalada. La norma menciona las instituciones involucradas en la elaboración de la misma mas no establece mecanismos de coordinación entre estas instituciones.

En cuanto al contenido de esta norma, se considera que no se utiliza lenguaje incluyente de género pues se menciona niño como genérico, mujer, pareja o familia, pero no se utiliza el término hombre o varón en todo el contenido de la misma.

Sólo se considera a la pareja de la mujer (varón) para hacer alusión a la corresponsabilidad de los cuidados prenatales: *las acciones de salud pueden ser reforzadas si la madre recibe la orientación adecuada sobre los cuidados prenatales y los signos de alarma que ameritan la atención médica urgente y se corresponsabiliza junto con su pareja (o familia), y con el médico en el cuidado de su propia salud.* Durante el control prenatal con el fin de que la mujer embarazada tenga el acompañamiento del varón o la familia en las consultas médicas; así como en los cuidados domiciliarios del recién nacido de bajo peso (5.8.4). Para otro tipo de situaciones en relación con el recién nacido no se menciona la necesidad de que el varón se involucre. De la misma forma, resulta importante la participación de la pareja o familia durante el proceso grávido-puerperal (5.10.1.17).

Sin embargo, cuando se hace alusión a la planificación familiar *desde el control prenatal e información de los métodos posparto*, la mención sobre la participación del varón es ausente.

Tal parece que la norma establece la participación del hombre sólo en condiciones que no resultan cotidianas como son las que se han mencionado; sólo resulta de interés su presencia en el acompañamiento a las consultas durante el período de gestación.

Los objetivos de equidad orientados a promover la división equitativa del trabajo y ambiente libre de violencia no se menciona en el contenido de esta norma.

En lo que hace a la conciliación laboral y familiar, si bien la norma hace alusión a la participación de la pareja en determinadas situaciones: proceso grávido-puerperal, por ejemplo. No se visibiliza al varón en lo referente al cuidado de los hijos.

El numeral 5.7.1 establece que: *toda unidad médica de atención obstétrica deberá tener criterios y procedimientos para la protección y fomento de la lactancia materna exclusiva, atendiendo las condiciones sociales, culturales y laborales de la mujer lactante*. En este caso, la norma apunta a considerar las necesidades de la mujer en el período de lactancia. Más no establece una conciliación que vaya más allá entre los espacios laboral y familiar.

Respecto a los estereotipos de género tradicionales, en el numeral 5.10.1 se establece que *la promoción de la salud se debe llevar a cabo en la comunidad y en la unidad de salud, de los sectores público y social y en su caso el privado (a nivel unidad). Las instituciones y unidades deben establecer un programa educativo con los contenidos a transmitir a la población y a las embarazadas por parte del personal de salud que comprenda los temas siguientes: 5.10.1.1: importancia de la mujer y la madre en el auto cuidado de la salud personal y familiar*. En este caso no se está considerando al género masculino como participante de la salud familiar, dejando únicamente este rol a la mujer. En

este apartado se están reforzando los estereotipos de género tradicionales y potencialmente el personal de salud, puesto que la norma establece los criterios y procedimientos obligatorios para la prestación del servicio en este tema de salud.

Hasta aquí el abordaje de la parte que sustenta a la política pública. En esta se deja notar la ausencia de indicadores para el análisis de la incorporación de la perspectiva de género. Por lo que se considera que la normatividad vigente para abordar la problemática del embarazo adolescente y la planificación familiar, carece de lenguaje que visibilice al género masculino y femenino, pero sobre todo que establezca normativamente la división equitativa del trabajo, un ambiente libre de violencia, la conciliación entre los ámbitos laboral y familiar y garantice la nula reproducción de estereotipos de género tradicionales.

En este sentido, se considera necesaria la reforma tanto de la ley como de las normas, las cuales estén acordes a los instrumentos nacionales e internacionales en materia de igualdad de género, no discriminación, ambientes libres de violencia. Si la normatividad no establece las directrices, las estrategias para ir abordando estos indicadores que se han mencionado, difícilmente el personal de salud considerará necesario llevarlas a cabo, ya que, incluso, los instrumentos normativos no lo refieren.

### **Diagnóstico**

En lo que refiere a los documentos programáticos utilizados para abordar la problemática en la entidad, el departamento de salud reproductiva y equidad de género del ISESALUD toma como eje rector el programa de acción específico 2007-2012 sobre salud sexual y reproductiva para adolescentes. Al realizar un análisis de dicho programa federal se ha encontrado que éste carece de un diagnóstico en sentido estricto, que identifique el problema de mujeres y hombres adolescentes en lo que hace al problema de salud sexual y reproductiva, concepción y prevención de enfermedades sexuales. En cambio, lo existente sólo menciona a los tratados internacionales y los asuntos que en

materia legal se han definido para tratar el problema de los derechos sexuales en los(as) adolescentes, es decir, el marco jurídico. Además de concentrar datos estadísticos de fuentes diversas o de estimaciones por carecer de indicadores fiables. Sólo señalan la magnitud del problema de manera generalizada, sin reconocer las desigualdades de género existentes. Es decir, se ha dejado de lado la atención a adolescentes por dar prioridad a mujeres que tienen pareja: *los servicios de salud sexual y reproductiva no han cubierto las necesidades de los adolescentes en esta materia, ya que han estado dirigidos primordialmente a mujeres unidas, marginando la atención, a mujeres y hombres solteros.*

En tanto, según datos del Consejo Nacional de Población (CONAPO), *los jóvenes en México inician tempranamente su vida sexual. En las mujeres la edad media es de 15.9 años en promedio, con prácticas generalmente no protegidas. Esto las predispone a infecciones de transmisión sexual, embarazos no planeados, aborto y un riesgo elevado de complicaciones para la salud de la madre y del recién nacido.* Debido al acento legal, estadístico y médico, el estudio omite los temas social y cultural, que suelen ser muy importantes cuando se tiene que hablar de la problemática de la salud sexual y reproductiva. Por ejemplo, no considerar el tema del machismo o no señalar que el tema del sexo es aún un tabú en sociedades menos expuestas al flujo mediático, hacen el diagnóstico incompleto y por tanto optimista. Conviene entonces establecer un estudio en función de tales aspectos, como fundamental para el tratamiento del problema.

Entonces, en la medida en que el programa se basa sólo en un diagnóstico que concentra datos estadísticos no diferenciados por sexo y sólo enfocados hacia las mujeres, no se señalan los problemas o las necesidades específicas para las y los adolescentes en relación al embarazo y planificación familiar.

Muy por el contrario, se presupone que el principal problema que aqueja a nuestras sociedades y por supuesto a los adolescentes, es el de la temprana concepción, lo cual definiría mayor dificultad para acceder a mejores

oportunidades. En función de ello se definen tres tareas principales con las que deberían estar comprometidas las instituciones de salud encargadas de atender el problema: La primera, la prevención, buscando lograr que el uso de métodos anticonceptivos en general y de manera particular el condón sea constante pues la cifra manejada en el diagnóstico señala que *el 66% de los jóvenes varones utilizó algún método en su primera relación sexual, dato que nos permite afirmar que el espacio entre información y uso se ha estrechado de manera significativa a favor del autocuidado. Sin embargo, en las adolescentes este avance no ha sido similar, ya que sólo 3 de cada 10 utilizaron algún método en su primera relación sexual.* La segunda, la reducción de la tasa de natalidad y la tercera, la “sensibilización” acerca de la importancia de la prevención y de prácticas “saludables” que conlleven a disminuir los riesgos por realizar prácticas sexuales sin protección, así como el ejercicio responsable de la vida sexual.<sup>52</sup> En otras palabras, se describen las necesidades y los intereses sociales, más no los específicos e individuales.

El programa señala que en el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos para prevenir un embarazo, *las jóvenes tienen un alto nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos, 95.2%; sin embargo, esta información contrasta con evidencias del poco uso que hacen de ellos, pues nueve de cada diez mujeres en esta etapa de la vida tuvieron su primera relación sexual sin protección, a pesar de que alrededor del 66% de ellas refirió haber iniciado su vida sexual sin la intención de embarazarse.*

Se señala también que para el caso de egresos hospitalarios por aborto, *entre 2001 y 2005 ocurrieron más de 400 mil, de éstos 22.5% correspondió a mujeres adolescentes entre 10 y 19 años. La razón de mortalidad materna (RMM) en el 2006 en mujeres adolescentes en el país fue de 66 por 100 000 nacidos vivos, que comparado con la RMM de mujeres de 20 a 24 años es de 43 por 100 000 nacidos vivos, nos señala que existe más de un 60% de riesgo*

---

<sup>52</sup> “La unión y el nacimiento del primer hijo son eventos que ocurren casi de manera simultánea; la edad promedio a la que ocurre la primera unión es a los 20.9 años, en tanto que la edad al nacimiento del primer hijo es de 21.9 años”. Programa de salud reproductiva y planificación familiar para adolescentes 2007-20012.

*de fallecer cuando una mujer se embaraza en la adolescencia.* En este sentido, la definición de un árbol de problemas derivado de un diagnóstico social, contribuiría mucho a la identificación de las necesidades de los y las adolescentes, pues partir de presupuestos supone necesariamente el hacer conjeturas acerca de las necesidades y requerimientos.

Por el carácter del diagnóstico, es difícil que el programa ofrezca una medición de las brechas de género en cuanto al problema de la salud sexual y reproductiva. Más bien, existe un acento en cuanto al problema de la iniciación sexual, los embarazos no deseados y la natalidad en la población que va de los 11 a los 9 años.

Precisamente, una variable de cuantificación del problema, pero no en términos de género, y sobre el cual el programa pone mucha atención, es la tasa de natalidad en la población femenina adolescente. *Lograr la disminución de la tasa específica de fecundidad, implica dirigir recursos, esfuerzos y voluntad política para garantizar el acceso a la prestación de los servicios con calidad y calidez y, a la gama de métodos anticonceptivos.* Por lo que, el contacto directo con los y las adolescentes, así como la función de tareas prioritarias en cuanto a sus necesidades, no sólo evitaría presupuestos y prejuicios, sino sobre todo que la y el adolescente se les vea como objeto de protección, que es un argumento que el mismo programa critica, pero que al final reproduce.

Por ende, no existe un profundo análisis en cuanto a las causas de las desigualdades de género, porque no parte de un análisis del problema de la salud sexual y reproductiva en las y los adolescentes. Si bien en varios lugares se menciona que el enfoque de género permitiría definir tareas de corresponsabilidad en la prevención del problema, su mención no hace a su profundidad. Del mismo modo, un diagnóstico social y cultural basado en la interrelación con los(as) adolescentes permitiría profundizar en los problemas diferenciados de hombres y mujeres adolescentes, en cuanto al problema de la salud sexual y reproductiva.

Por lo que, si existiera un diagnóstico considerando aspectos de tipo social y cultural y no sólo en el contexto del marco jurídico y estadístico, se identificarían en éste las diferencias de clase, de género, de edad y residencia. Por esos motivos, el diagnóstico es precario en contenido diferenciador pues no aborda la parte cultural de contextos indígenas o rurales, por ejemplo, si se le compara con el de los grandes centros urbanos. Marginalmente se menciona que la tasa de natalidad en adolescentes es mayor en el área rural que en la urbana, más no se profundiza en la explicación de los datos. Tampoco mencionan la situación de doble moral que forma parte de esa práctica de la vida sexual y reproductiva. Ni qué decir de aspectos religiosos o de la preferencia sexual, enfatizando distintas medidas de prevención en función de las características de cada población.

En ese sentido, lo que en realidad se encuentra en el diagnóstico es una atención a los grupos vulnerables y de estratos bajos, sin que ello contribuya a una visión diferenciadora del problema. Quizá en este nivel es posible partir de ciertos presupuestos analíticos, sobre todo si se trata de diagnosticar el problema de la salud sexual y reproductiva en una gran dimensión. Sin embargo, esos presupuestos no pueden justificar por sí solos, las acciones que pueden realizar las instituciones interesadas en la prevención o abordaje de la problemática.

A pesar de que el objetivo del programa es el prevenir, reducir la tasa de natalidad y sensibilizar, no se plantean alternativas de solución para eliminar las brechas de género. Eso es así, porque si bien en el diagnóstico se mencionan a hombres y mujeres, la persona adolescente es tomada como un sólo sujeto. Esto es, no se consideran las especificidades de cada género en ese grupo etario. La carencia de la diferenciación lleva a omitir el problema de la brecha de género. Que los y las adolescentes conozcan de estos problemas, supone concientización. La concientización parte de un conocimiento del problema. Mientras el diagnóstico no parta de esta relación, el problema de las brechas de género pasará por omisión.

En lo que hace a la inequidad en la división sexual del trabajo, el diagnóstico carece de un tratamiento en el tema. Por el contrario, como su foco de interés consiste en lograr la reducción de la tasa de natalidad en mujeres adolescentes, no pretende atender problemas ajenos a ese.

Ocurre algo similar con el abordaje de la división sexual del trabajo y el problema de su inequidad, que al no enfocarse desde el diseño en función de ese indicador termina por aparecer como si no tuviera relación alguna con el problema de la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes.

La violencia de género, siendo uno de los problemas que afectan principalmente a las mujeres en los aspectos diversos de su vida y en sus condiciones de salud física y emocional, incluso en el periodo de gestación, no se menciona en ninguna parte del diagnóstico.

De acuerdo a sus objetivos, el diagnóstico supone que el embarazo de las adolescentes está en función de la falta de educación o información, en condiciones de una práctica liberal de su sexualidad o en función de una tendencia que tiene a los 15 años como su principal referente. Dejando de lado el problema de la concepción por violación, por ejemplo. Es más, si el diagnóstico considerara el enfoque de género, se podrían identificar la violencia practicada sobre el hombre que aunque menor, puede ser recurrente, principalmente cuando hablamos del grupo etario al que pertenecen los y las adolescentes, pues es en el que se presentan más actos de violencia sexual, tanto en mujeres como en hombres.<sup>53</sup>

---

<sup>53</sup> “En México, los escasos estudios de prevalencia de violación en comunidad señalan entre 2.8 y 5% de mujeres violadas alguna vez en la vida. Sin embargo, se ha informado, precisamente, que existe una alta cifra negra de este delito. En cuanto a la relación violador-víctima, el sexo y la edad de las víctimas, en el país se encuentran tendencias similares a las del continente: la mitad de los casos ocurren en niñas y adolescentes. Considerando que 70% de los agresores son miembros de la familia o amigos –particularmente figuras paternas– y que la mitad de estos delitos ocurren en las casas de las víctimas, se infiere que esta “privacidad” ha favorecido el encubrimiento y la impunidad”. Ramos-Lira L, Saltijeral-Méndez MT, et al. Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. Salud Publica México, 2001; 43:182-191. Revisado en la página electrónica <http://www.insp.mx/salud/index.html>

El programa no considera la forma en la que afecta el problema de la violencia de género al tema de la salud sexual y reproductiva. Así, carece de datos al respecto porque su acción está enfocada a tratar el problema de la salud sexual por sus productos o resultados, no por sus causas. Las causas del embarazo en adolescentes tendrían que ser definidas por medio de un análisis que distinga la problemática por grupos etarios y aspectos culturales. Por lo tanto, da origen a un programa que deriva en una política “preventivista” que se centra en prescribir comportamientos que contribuyan al control de la natalidad.

En lo que hace al indicador conciliación del espacio laboral y familiar, el diagnóstico no está basado en el tema de la distinción de la esfera pública y privada en la salud sexual y reproductiva en adolescentes. Incluso las acciones que conforman el plan de acción de la prevención, reducción de la tasa de natalidad en mujeres adolescentes y la sensibilización, define como actores fundamentales del mismo a las instituciones públicas tanto de salud como educativas para abatir la tasa de fecundidad de las mujeres adolescentes entre los 15 y 19 años.

En cierto sentido se puede definir en ese diseño de tareas lo que algunos autores denominan una expresión de violencia institucional,<sup>54</sup> porque las acciones las llevarían a cabo instituciones de salud que no consideran al ámbito familiar o el trabajo con padres y madres de los y las adolescentes o con los propios adolescentes como algo relevante. En este caso, los y las adolescentes son consideradas como objetos de atención, no como sujetos con una problemática. Incluso, la figura del adolescente aparece marginalmente, entre los actores (instituciones) encargados de llevar adelante las metas del programa de acción estratégico 2007-2012.

De esta manera, las acciones que éste pretende llevar adelante, sobrepasan el vínculo que debe existir entre la esfera pública y privada. Pero si el ámbito

---

<sup>54</sup> Por violencia institucional se entiende la elaboración de políticas públicas sin considerar la participación de los actores que forman parte de la problemática. Es decir, el Estado diseña la política pública desde la óptica que le parece idónea para el combate o para supuestamente transformar las condiciones de los actores que se involucran en una problemática determinada.

familiar o la vida personal no son tomadas en cuenta como factores que hacen o impiden una política pública, crecen los riesgos de no ser eficaz.

La tensión entre la esfera pública y privada no es considerada en el plan de acción estratégica del problema de la salud sexual y reproductiva en adolescentes. Más bien, las acciones que deben llevar a cabo las instituciones de salud suponen que el ámbito privado no debe ser atacado. En tanto acción del Estado, el tema de la salud sexual y reproductiva es visto precisamente como un problema que hay que prevenir, no como un tema que hay que tratar desde sus causas.

Entonces, el programa parte de prejuicios y estereotipos, para definir sus acciones. El prejuicio y el estereotipo fundamental, consiste en ver a la mujer como la principal responsable de un embarazo a temprana edad. Esto se encuentra relacionado al tema de la falta de prevención para planear un embarazo o las infecciones de transmisión sexual, y por el no uso de métodos anticonceptivos o de protección, aunque conozcan de ellos. En concordancia con lo anterior, el hombre adolescente es marginal al tratamiento del problema. La única referencia a lo que él debería hacer, es sobre el uso del preservativo. Incluso en ese sentido, las prácticas preventivas se reducen al uso del condón, de acuerdo al cual, en contrasentido, el principal responsable para evitar un embarazo tendría que ser el hombre. Esto, como ya se ha visto, atraviesa en general la perspectiva en salud, pues los servicios de planificación familiar están planteados en su práctica de la misma manera: la mujer es la principal responsable y objeto principal de la política, en tanto que el hombre es objeto marginal y con poca responsabilidad en este asunto. A pesar de que la norma sobre planificación familiar enfatice el involucramiento de la pareja en la elección del método de planificación.

Además de esos estereotipos y prejuicios, se encuentran muchos otros referidos por ejemplo a la edad en la que las mujeres adolescentes deben iniciar su vida sexual y la percepción de la sexualidad como lo fundamental en la vida de un ser humano. Incluso el tema de la concepción es estereotipado.

Si bien es cierto que tener hijos o hijas durante la adolescencia puede representar un “obstáculo” para tener y lograr una vida digna, el programa parece entender la procreación como un obstáculo que siempre se concretiza. En otras palabras, al carecer de una visión del problema, en términos de la diferenciación sexual, social, cultural, religiosa e incluso política,<sup>55</sup> el programa identifica como problema principal de la causa del embarazo el inicio de la vida sexual a temprana edad, tal como lo corrobora la siguiente cita: *el embarazo a edades tempranas en jóvenes en situación de pobreza contribuye a perpetuar la mala salud para ellas y sus hijos y a cancelar oportunidades escolares, de empleo y de acceso a mejores condiciones de vida.*

*La mayor proporción de carga de la enfermedad que afecta a los adolescentes, estimada a través de los años de vida ajustados por discapacidad (AVADis), son las lesiones y problemas neuropsiquiátricos. Le siguen en orden de importancia las condiciones relacionadas con la salud sexual y reproductiva.*

En este sentido, cabe señalar que el problema podría ubicarse no en la edad de inicio de la actividad sexual, sino en las razones por las que las y los adolescentes no utilizan métodos anticonceptivos a pesar de que los conocen y de que -muy probablemente- no desean un embarazo. Entre estas razones sin duda se encontrarían elementos vinculados con las desigualdades de género. Pues, por ejemplo, se estimula a los jóvenes a iniciarse tempranamente en la vida sexual; se considera que las mujeres que utilizan o exigen el uso de anticonceptivos son “promiscuas” -y se sanciona socialmente la promiscuidad-; y persisten en nuestras sociedades una serie de valores asociados a la virginidad y la “prueba de amor”.

La percepción de que la mujer representaría el principal problema en el tema de la salud sexual y reproductiva en adolescentes, permite precisamente que la

---

<sup>55</sup>“El género, como otros estratificadores sociales, no funciona aisladamente (Baca Zinn y Thorton Dill, 1998). Es una forma peculiar y potente de estratificación que interactúa con otros marcadores sociales como clase, raza y orientación sexual. En otras palabras, al poner de relieve la influencia particular, aunque interactiva, del género se destaca el hecho de que otros factores sociales pueden profundizar o contrarrestar el efecto del género en los resultados de salud.” Materiales de trabajo del seminario El enfoque de género en salud. Cátedra Unesco, PRIGEPP-Flacso Argentina. Septiembre-noviembre, 2009.

acción del Estado se imponga sobre ellas. La definición de tareas en función de una responsabilidad compartida, supondría para una acción estatal coordinar acciones con los involucrados. Como eso parece ser un imperativo que el programa desea evitar, la acción se debe imponer sobre el sujeto procreador y no en los sujetos que procrean.

### Diseño de la política

Debe mencionarse que la información desagregada por sexo, como uno de los indicadores de género básicos, está ausente en las distintas etapas de la política pública en el tema de embarazo adolescente. Aunque es lógico que la información estadística de embarazos verse sobre las mujeres, no lo es la carencia de estadísticas desagregadas por sexo en relación a la prevención de embarazos y uso de métodos anticonceptivos, sobre todo en la operación del programa a nivel estatal, cuando la ausencia de este tratamiento de la información no obedece a dificultades de registro.

Al respecto Milosavljevic<sup>56</sup> considera que el contar con estadísticas de género en el ámbito de la salud *requiere contar con fuentes de información que puedan proporcionar datos desagregados por sexo acerca de los riesgos y las oportunidades de gozar de buena salud. Es necesario además contrastar las necesidades de salud y el acceso a los recursos, y disponer de indicadores como las tasas de morbilidad y mortalidad según sus causas; el acceso de mujeres y hombres a diferentes métodos de planificación familiar.* El no considerar datos desagregados (en la captación, análisis y resultados) es no visibilizar a uno de los géneros.

En lo que refiere al objetivo sobre igualdad e inclusión, el programa busca: *Contribuir al desarrollo y bienestar de las y los adolescentes, mejorando su salud sexual y reproductiva y disminuir embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual, por medio de estrategias basadas en el reconocimiento de la diversidad cultural y sexual, las relaciones de género, superar las*

---

<sup>56</sup> Vivian, Milosavljevic (2007). Estadísticas para la equidad de género. Magnitudes y tendencias en América Latina. UNIFEM, CEPAL, p 163.

*inequidades sociales y que promuevan el respeto y el ejercicio de sus derechos humanos, en particular sus derechos sexuales y reproductivos.* Como el programa parte de considerar que el problema de la salud sexual y reproductiva afecta principalmente a las adolescentes, por ello, no tiene definido un plan de acción diferenciado para mujeres y hombres. Además, como el diagnóstico se aboca a justificar dicho problema, en el diseño del programa no se considera el tema de la corresponsabilidad en ambos géneros. O para ser menos estrictos, el diagnóstico supone que el hombre es afectado por el problema que afecta principalmente a la mujer, pero no hace énfasis sobre el rol que cada uno desarrolla.<sup>57</sup> Por ello, los datos con los que el programa define sus acciones, se refieren principalmente a la mujer. En función de ello se definen aquellas que deberían llevarse adelante, tal como lo reflejan los siguientes apartados del programa: *promover en los adolescentes la adquisición del conocimiento y capacidades necesarias, la información sobre derechos sexuales y reproductivos y los beneficios de su ejercicio en la salud sexual y reproductiva. Disminuir la tasa específica de fecundidad en adolescentes, favoreciendo el acceso gratuito y el uso de métodos anticonceptivos modernos.*

Sin embargo, a nivel estatal este objetivo tiene nulo abordaje pues los métodos anticonceptivos no son otorgados si no se cuenta con un expediente médico. En palabras de una funcionaria del sistema de salud: (...) *pero nosotros para poder otorgar todos los métodos que tenemos, tanto condones, como pastillas, tiene que tener un expediente, una tarjeta para estar como usuario.*

---

<sup>57</sup> *Promover en los adolescentes la adquisición del conocimiento y capacidades necesarias, la información sobre derechos sexuales y reproductivos y los beneficios de su ejercicio en la salud sexual y reproductiva. Disminuir la tasa específica de fecundidad en adolescentes, favoreciendo el acceso gratuito y el uso de métodos anticonceptivos modernos.* Además, los datos con los que el programa define sus acciones, se refieren principalmente a la mujer. En función de ello se definen las acciones que se debían llevar adelante, tal como lo reflejan las siguientes citas: *promover en los adolescentes la adquisición del conocimiento y capacidades necesarias, la información sobre derechos sexuales y reproductivos y los beneficios de su ejercicio en la salud sexual y reproductiva. Disminuir la tasa específica de fecundidad en adolescentes, favoreciendo el acceso gratuito y el uso de métodos anticonceptivos modernos.*

Por tanto, no existe una definición de acciones en función de las necesidades de los(as) adolescentes. De ese modo, incluso las acciones que son consideradas como preventivas, se pretenden aplicar a la población primordialmente femenina.

Por lo que las líneas de acción que el programa define, no tienen un contenido diferenciador. Así, la consideración adjudicada al hombre en función del tema de la salud sexual y reproductiva es mínima pues gran parte de las acciones que se definen tienen como población objetivo a las mujeres,<sup>58</sup> no sólo en lo que hace a la atención médica, sino también en la acción preventiva y de sensibilización. Ello, al menos implícitamente. Debido a las precisiones anteriores, el programa carece tanto de una identificación de los problemas de género, además de la atención del problema como de la necesidad de considerar la igualdad y la inclusión.

En este sentido, la identificación de los problemas y la definición de las acciones en lo que respecta al género masculino es mínima en comparación con lo que respecta al género femenino. Posiblemente por abordar el embarazo con una perspectiva acotada al proceso biológico del mismo y no como un proceso social y cultural donde la pareja que procrea sigue en su conjunto involucrada. Esta es una visión opuesta a la aplicada en la NOM 005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar, donde sí se involucra a la pareja para la consejería y elección del método anticonceptivo.

En este sentido es que las acciones y las estrategias del programa no están en función de las desigualdades de género, sino en función de la mujer, quien es la principal sujeto-objetivo del programa y de la política pública en lo que refiere a embarazo adolescente. Por tanto, en la etapa de diseño del programa tampoco se ha incorporado la perspectiva de género. Si ésta estuviera

---

<sup>58</sup> *Reducir la tasa específica de fecundidad en las adolescentes a 58 nacimientos por mil mujeres de 15 a 19 años de edad en el 2012; incrementar la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en mujeres adolescentes unidas de 15 a 19 años a 47% al 2012; reducir el nivel de necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos de las mujeres unidas de 15 a 19 años, en 20% para el 2012 con respecto al valor registrado en 2006; incrementar al 70% para el 2012 el uso del condón en las relaciones sexuales en menores de 20 años.* Programa de acción específico 2007-2012. Salud sexual y reproductiva en adolescentes.

integrada visibilizaría al hombre en el tema de la salud sexual y reproductiva y estaría apuntando a las necesidades diferenciada de cada sexo en la temática señalada.

En otras palabras, si no se consideran esas especificidades en la prevención de embarazos, en el ejercicio de la sexualidad, en el abordaje equitativo del uso de métodos anticonceptivos y los quehaceres de la reproducción, la perspectiva de género no se está incorporando, con lo que el impacto sobre la magnitud de las brechas de desigualdad de género será mínimo. Las siguientes citas apoyan la argumentación: *el sistema federal y estatal siguen apuntando a que sea la mujer la que se aplique con los métodos de anticoncepción definitiva... Se están utilizando los estereotipos de género.*<sup>59</sup>

En la medida en que el programa de acción estratégica en salud sexual y reproductiva, define sus acciones rigiéndose estrictamente por el problema de la sexualidad, en términos de la salud, la concepción y la prevención, no se pone atención a cuestiones medulares de la división sexual del trabajo y a sus consecuencias en la salud reproductiva y los quehaceres domésticos. En otras palabras no se hace un planteamiento donde se reconozca que parte de la dificultad de las mujeres para acceder a la esfera laboral tiene que ver con que la mayor parte del tiempo la asignan a los quehaceres domésticos y de la reproducción. Tampoco señala la importancia de la participación del varón en las tareas del ámbito privado y del cuidado de los hijos. Mucho menos se pone atención a los daños físicos y emocionales que puede traer consigo el rol tradicional de la mujer, en el quehacer de la esfera privada. Por lo tanto, en cuanto a objetivos de género que buscan equidad, estos deben también considerar el impacto diferencial sobre la salud de las mujeres y hombres adolescentes, lo que podría ir apuntando a generar indicadores que permitan analizar el acotamiento de brechas de desigualdad.

En lo que hace a la violencia de género, aunque mínimamente mencionado, no está contemplada como un problema que se deba erradicar, ni se plantean

---

<sup>59</sup> Entrevista con funcionaria del ISESALUD, noviembre, 2009.

estrategias o acciones que aborden la problemática. *Establecer coordinación con el CONAPO, las Instituciones del Sistema Nacional de Salud y el Instituto Mexicano de la Juventud para el diseño y difusión de campañas nacionales en medios masivos de comunicación y elaboración de materiales de difusión, con énfasis en superar los roles de género que limitan la autonomía de las mujeres, promueven la violencia en la pareja y el machismo en los varones.*

Entonces, resulta desalentador que sólo se considere la elaboración de materiales de difusión para “superar los roles de género” cuando este aspecto tiene que ver con el entramado sociocultural existente.

En lo que respecta a la conciliación de los ámbitos laboral y familiar, es un tema ausente en la etapa de planificación del programa, lo cual resulta grave pues para que haya participación de las mujeres en los espacios laborales, tal como se señala en el propio programa, es necesaria esa conciliación, además de la visualización del género masculino en la salud sexual y reproductiva en todas sus implicaciones.

### **Acciones y servicios del programa**

El programa en su diseño no considera acciones diferenciadas para ambos sexos. En la parte de estrategia de promoción operativa se considera a ambos sexos para la promoción de *acciones preventivas, específicas y adecuadas para disminuir los riesgos que tienen las y los adolescentes al tener prácticas sexuales sin protección y los beneficios de que ejerzan sus derechos sexuales y reproductivos responsablemente.* Asimismo, en lo relacionado al acceso y calidad de los servicios de salud, se plantea como acción la misma estrategia *mejorar el acceso y calidad de los servicios en salud sexual y reproductiva para las y los adolescentes.* El hecho de que se mencionen ambos sexos, no garantiza que se aborden en las acciones de la política a las y los adolescentes de manera diferenciada. En lo que concierne a la prevención, de acuerdo al testimonio de la responsable del departamento de salud reproductiva del ISESALUD, en el Estado se realizan pláticas informativas acerca de métodos

anticonceptivos en los centros educativos. Los y las adolescentes son abordadas de la misma forma, es decir, no existe un planteamiento diferenciado en función del género.<sup>60</sup>

Por lo anterior, bien cabe hacer un matiz al planteamiento de acciones a nivel estatal para considerar las necesidades específicas de género de este grupo etario. Además de no dejar de lado el aspecto cultural que se ha señalado como primordial en la etapa de diagnóstico y que no es considerado.<sup>61</sup> Porque el enfoque de género no puede hacerse con interpretaciones aisladas, sino considerando el entramado sociocultural de la población que se aborda.

No obstante, aunque una de las metas del programa consiste en atender a grupos vulnerables y a partir de ello plantea criterios de igualdad en la atención de los problemas de prevención y reducción de la tasa de natalidad en adolescentes, la política se propone elevar los estándares de eficiencia y eficacia gubernamental a través de la sistematización y digitalización de trámites administrativos y el aprovechamiento de tecnologías de la información y comunicación de la gestión pública. Por lo que está poniendo énfasis en atender las consecuencias del embarazo adolescente, no las causas del problema, ni las causas de las inequidades de género. Se enfoca así a atender los efectos del problema que tendrían un fuerte impacto en la calidad de vida de los y las adolescentes.

---

<sup>60</sup> *Nosotros en embarazo en los centros de salud hay que otorgar pláticas a grupos de adolescentes tanto en las escuelas como en los centros de salud o en las ferias de la salud estar acudiendo y dándoles a conocer cuáles son los métodos que tenemos en la Secretaría de Salud, dónde los deben de solicitar, porque tampoco los damos, ellos tienen que ir a una consulta. ¿Al abordar los contenidos sobre la prevención, este abordaje es distinto para los y las adolescentes? Los contenidos son para todos. Los folletos de difusión que tenemos son para todos, tanto para hombres como para mujeres.* Entrevista con funcionaria del ISESALUD, noviembre, 2009.

<sup>61</sup> Resulta importante, considerar el aspecto cultural porque no pueden dejarse de lado las distintas cosmovisiones acerca de la sexualidad, la reproducción y el cuerpo, las cuales permean los comportamientos de esta población, la adolescente y, esas formas de percibir a su vez están relacionadas con otros factores como la residencia, la religión, entre otros, los influyen en las prácticas. Por ejemplo para muchos sectores de la población, el que las mujeres porten condón es visto negativamente, es signo de promiscuidad. Más no es considerado como un aspecto relevante para el cuidado de la salud de la mujer. Revísese la siguiente páginas electrónica: [http://www.unfpa.org/swp/2008/sp/04\\_reproductive\\_health.html](http://www.unfpa.org/swp/2008/sp/04_reproductive_health.html)

Además, si bien es cierto que en el contenido del programa se procura mejorar las condiciones de salud de la población, reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables, prestar servicios de salud con calidad y seguridad, evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud y garantizar que la salud contribuya al combate de la pobreza y al desarrollo social del país, esto se vincula con el *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012* abordado en la parte del marco jurídico, más no como parte de las acciones o servicios. No obstante, en el programa se plantean como principales beneficiarias a las mujeres, a pesar de que en la mayoría de su contenido señala como su objetivo a los adolescentes, en genérico. En este sentido, las acciones buscan responder a necesidades estratégicas, referidas principalmente al campo sexual y reproductivo, y la incidencia de este problema en la calidad de vida de los adolescentes.

Asimismo, el programa considera los instrumentos internacionales y nacionales, tales como el Convenio para la Eliminación de todas las formas de Discriminación hacia la Mujer (CEDAW) y en los postulados de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en lo que hace a los derechos de salud sexual y reproductiva. De acuerdo a ello se aboga porque la educación e información sobre planificación familiar deberán dar a conocer los beneficios que genera decidir de manera libre y responsable sobre el número y espaciamento de los hijos y la edad para concebirlos. En este caso, los servicios de salud reproductiva, educativos y de información sobre programas de planificación familiar deben garantizar a la persona la libre decisión sobre el uso de los métodos para regular su fecundidad.

Al igual que en el diagnóstico y diseño, las acciones tampoco consideran las responsabilidad compartida del cuidado de los hijos e hijas y de los quehaceres de la reproducción, por lo tanto, no están encaminadas a transformar las relaciones desiguales entre ambos géneros. Incluso si bien es cierto señalan que deben superarse los roles de género tradicionales, no establece mecanismos que transformen esa realidad privilegiando la división equitativa del trabajo ni abordando acciones para cambiar esos estereotipos. Por el

contrario, al centrarse sólo en la población femenina como la principal receptora de métodos de planificación familiar, el programa está reforzándolos.

En lo respectivo a las acciones desarrolladas por las instituciones de salud en Baja California, específicamente el departamento de salud reproductiva del ISESALUD, si bien se circunscribe a los planteamientos del programa federal, en el ámbito estatal se llevan a cabo acciones en materia de prevención del embarazo (pláticas en centros educativos); se realiza la sistematización de registros administrativos de indicadores (cobertura; oportunidad; aceptación del adolescente; participación del hombre (vasectomía)), por jurisdicción sanitaria (el estado está organizado en cuatro jurisdicciones: Mexicali, Tijuana, Ensenada y Vicente Guerrero) y la atención médica y psicológica a través del módulo para el embarazo adolescente y en los momentos del parto y puerperio, tanto para la madre como para la o el hijo recién nacido en las instituciones de salud del Estado.

En cuanto a la prevención debe mencionarse que quien lleva a cabo las acciones en esta materia es el personal de los centros de salud.<sup>62</sup> Éstos son quienes planean y desarrollan pláticas informativas en los centros educativos públicos de Baja California, pues en los privados, grupos de presión como la iglesia católica, se han inconformado por el abordaje de la salud sexual y reproductiva en los centros escolares.<sup>63</sup> El equipo que emite los contenidos educativos es interdisciplinario: médicos(as), enfermeras(os), trabajador/a social. Además, existe la cartilla del adolescente la cual deberían –los y las

---

<sup>62</sup> *Nosotros no damos las pláticas las dan los médicos o los del centro de salud.* Entrevista con funcionaria pública del ISESALUD, noviembre, 2009.

<sup>63</sup> (...) *hasta hoy que me enteré que ya el Obispo hasta mandó una carta donde piden que quitamos esto de salud reproductiva. Pero ya me informaron que es el grupo Provida que entró a las escuelas particulares que les dijo que estábamos atentando contra los derechos de los niños. Les dijo que estábamos repartiendo condones y no es cierto, que les damos la pastilla de emergencia a los niños de 10 años, es la mala información que tienen. Ahorita con los que estamos teniendo problema es con los colegios particulares. Ahí es donde están metiendo la religión, está entrando el Obispo y está mando cartas de que ¿cómo es posible? Pero en las escuelas de gobierno no hay problema.* Entrevista con funcionaria del ISESALUD, noviembre, 2009.

(...) *Y ahora con lo de la cartilla, ellos mismos se dan cuenta cuales son las barreras que ponen los padres y los empiezan a relegar y ya no hay esa comunicación que debería de haber.* Entrevista con funcionaria del ISESALUD, noviembre, 2009.

adolescentes– utilizar con toda libertad, sin embargo, existen barreras por parte de las organizaciones civiles y de padres de familia para que esa cartilla sea utilizada por los(as) adolescentes, pues se considera que aún no deben abordar el tema de la salud sexual y reproductiva.

Sin embargo, no existen acciones que permitan visualizar como sujetos de derechos a este grupo poblacional, ya que se considera que dicha cartilla es propiedad de los padres y no de los hijos(as).<sup>64</sup> Lo anterior denota sin duda, la falta de perspectiva de género en la prevención del embarazo adolescente.

Ante ello, se considera primordial que el personal de salud destinado a realizar esta acción considere especificidades de género de ese rango etario, de residencia y de otros factores como la migración y religión pues todo ello permea las concepciones de la salud sexual y reproductiva.

En cuanto a los registros de información estadística manejados por el departamento de salud reproductiva con fuente en el Sis (Sistema de información en salud sexual) y Saeh<sup>65</sup> (Subsistema automático de egresos hospitalarios), no cuenta con datos desagregados por sexo. Por lo que resulta importante considerar cambios en esa acción con el fin de tener datos

---

<sup>64</sup> (...) la nueva cartilla del niño y del adolescente; es muy puntual la cartilla en manejar información en los niños de 8 a 9 años. Inclusive se menciona el condón, la píldora del día después, se mencionan como temas que en las familias los padres deben abordar con los hijos. Los dueños de la cartilla no son los hijos, son los padres, entonces que ellos lleven, los padres seguimiento importante en cuanto a la prevención. Cartilla del niño... Hay organismos de la sociedad civil, pro familia, integridad de la familia, algo así recibimos nosotros de ellos una carta donde manifiestan su desacuerdo rotundo con esta cartilla, por los contenidos. Entonces nosotros contestábamos esta carta sensibilizándolos de que la cartilla no es para que esté en posesión de un niño y que es importante que el sistema de salud concibe en cuanto a informar a los padres, en cuanto a los temas que se tiene que abordar en esa etapa del niño al adolescente y que ellos son los portadores de esa cartilla y que cuando lleven esa cartilla al centro de salud, al niño a la vacunación porque no tengan ningún inconveniente que el médico que los recibe en el centro de salud les de unos 10 o 15 minutos una plática acerca de la prevención dirigida a esa niño, o a esa niña o a esa adolescente. Pero están bien cerradas las ONG aquí y están diciendo que nosotros andamos promoviendo la promiscuidad. En este caso el sistema estatal de salud sigue con su postura de seguir repartiendo estas cartillas y prescribe un uso muy específico con padres, con médicos".Entrevista con funcionaria del ISESALUD, noviembre, 2009.

<sup>65</sup> El Sis y el Saeh captan la información de las actividades realizadas en las unidades de salud del Estado (Centros de salud y Hospitales generales) en cuanto a prevención del embarazo adolescente y la atención médica (elección de métodos anticonceptivos y durante el parto y puerperio).

desagregados que permitan conocer con detalle los porcentajes de aceptación o rechazo de los y las adolescentes respecto al uso de métodos anticonceptivos.

En lo referente al módulo de atención al embarazo adolescente, existen tres en el Estado, Mexicali, Tijuana y Ensenada, estos se han implementado a partir del presupuesto destinado del nivel federal.<sup>66</sup> Operan en las instalaciones del Hospital General de estas tres ciudades. En él se ofrecen servicios de atención médica (control de embarazo, revisiones subsecuentes, información, medicación sobre métodos anticonceptivos, así como la intervención en caso de solicitarse métodos de barrera o definitivos). Además, atención psicológica como apoyo para la decisión de la utilización de métodos anticonceptivos y de manera intermitente se aborda la temática de la violencia de género para el caso de Mexicali.<sup>67</sup> Cabe señalar que el personal de salud<sup>68</sup> responsable considera como protocolos atención el canalizar a las adolescentes embarazadas al área respectiva del módulo de embarazo adolescente o del Hospital General según las necesidades que éstas presenten.

*El modelo de atención es cuando ya se baja a la jurisdicción, ok. Si te llega una paciente, por ejemplo, una adolescente que quiere conocer métodos anticonceptivos se pasa a planificación familiar. Si ya llega embarazada se pasa a la consulta de salud materna, a una consulta de control prenatal y luego si ya es necesario se refiere al segundo nivel para que tenga consulta de alto riesgo y ya de ahí se decide si se regresa al centro de salud o se queda en el hospital general por el embarazo de alto riesgo.*

Además, la atención no considera el abordaje de especificidades para cada sexo atendiendo a la división equitativa del trabajo, el ambiente libre de violencia y combate a los estereotipos de género.

---

<sup>66</sup> (...) nosotros pusimos el módulo porque México envió una partida financiera etiquetada para que opere el módulo, de la Secretaría de Salud. Entrevista con funcionaria del ISESALUD, noviembre, 2009.

<sup>67</sup> Cabe mencionar que el psicólogo responsable del programa de violencia intrafamiliar, como parte del personal operativo del ISESALUD, apoya en ocasiones a la psicóloga responsable de dar atención a adolescentes embarazadas dentro del módulo.

<sup>68</sup> En el desarrollo de la investigación empírica sólo se abordó al personal de atención directa para el embarazo adolescente ubicado en el módulo del Hospital General de Mexicali.

En lo que hace a estos últimos, cabe mencionar que el personal de atención reproduce esos estereotipos pues responsabiliza a la mujer adolescente de la elección del método anticonceptivo a utilizarse para la planificación familiar y, del cuidado de los hijos(as), a pesar de preguntar acerca de la relación de pareja.<sup>69</sup> En ocasiones el psicólogo aborda a la pareja y comenta que la responsabilidad del cuidado de los hijos es de ambos, más no es una constante en la atención brindada a este tipo de población.<sup>70</sup> En menos ocasiones, también se ha abordado a mujeres que se encuentran en puerperio en las instalaciones del Hospital General de Mexicali para comentar sobre el tipo de

---

<sup>69</sup> *Se comenta cómo deben cuidarse y se les da la orientación en planificación familiar. Pero se enfocan hacia las mujeres para que ellas usen los métodos... Pero, el instinto maternal está bien forjado en las niñas. Ellas siguen con su embarazo, vienen contentas. Yo ninguna he visto que esté renegando de su hijo. Generalmente es a la mujer, aunque generalmente trata de involucrarse. Cuando se presta la oportunidad les decimos que tiene que ayudarla con los pañales. Es que ya ellos tiene su papel el hombre y de mujer. Algunos se sentirían mandilón más que responsable. Es que se comparten la responsabilidad. Si el hombre es el que sale a trabajar, la mujer es la que se queda en casa y debe cuidar a los hijos. Yo los miro que sí se meten en su criatura. No es necesario meter eso porque ya está. Aquí yo soy la feminista.*

*La psicóloga les comenta de la responsabilidad que tienen los dos. Es difícil que ellos tomen el cuidado de los niños porque son el sostén de la casa. La igualdad viene con las responsabilidades de los dos. Ellos son los que salen a trabajar son chalanés de albañil y ella se queda en la casa con los niños.*

*Llegan adolescentes embarazadas y su principal atención es brindarles atención psicológica en caso de que el médico detecte algo que no es normal. Si él le dice qué método vas a utilizar o desconoce los métodos anticonceptivos, a lo mejor no tiene el tiempo de ofrecerle. La manda con la psicóloga y ya la psicóloga se va a encargar de hablar con ella. ¿Por qué estas embarazada? ¿Por qué te embarazaste? ¿Cómo te embarazaste? ¿Cómo te sientes en este momento? ¿Estás llevando tu embarazo adecuadamente? ¿Te estás alimentando? ¿Y ya platicaste con tu pareja? Tu situación civil ¿cuál es? Porque muchas son solteras. ¿Qué vas hacer después de que te alivies? ¿Vas a seguir estudiando? Porque muchas dejan la escuela. Es muy importante ver cómo es la relación que tiene ellos y si está consciente de lo que va a llegar, la responsabilidad. La relación que tienes con tu pareja, sabes ¿si es usuario de drogas? ¿Conoces las enfermedades de transmisión sexual? Todo eso implica el hecho de ver el panorama de cómo está esa chica de porque se empezó. Nosotros no venimos a regañar a nadie y te brindamos consejería. ¿Vas a planificar? ¿Con qué vas a planificar? ¿Cómo te vas a cuidar? Estos son los métodos y si no la mandamos a planificación familiar. Y si uno en la entrevista detecta algo que no está bien, pues que necesita atención psiquiátrica. O la psicóloga en ocasiones me dice: es un problema de violencia familia ¿me puedes ayudar a darle seguimiento? Igual con ella. Trabajamos conjuntamente". Entrevista con personal del módulo de atención para el embarazo adolescente, noviembre, 2009.*

<sup>70</sup> *No sé si la psicóloga atiende a los dos juntos. Si la pareja está aquí yo los hago pasar juntos... Generalmente me dirigía a ellas y hacia algunas menciones, pero si son 20 mujeres, máximo cinco varones presentes. Les decía que era importante la relación que llevan con su pareja, que no deberían dejarle el paquete sólo a ella, cómo se tenían que cuidar, que no fuera la decisión sólo de uno, que les conviene más a los dos. Ella puede usar pastillas o inyecciones, pero él el condón. Pero usar otras prácticas. Y que mucha gente es de diferente religión. Que debes amar y respetar a tu cónyuge. Que la planificación no debe venir ella sola, que debe estar capacitado y tener la información. Entrevista con personal de atención del módulo de embarazo adolescente, noviembre, 2009.*

método anticonceptivo a utilizarse, sin embargo, en este caso el énfasis de la planificación se enfoca nuevamente a las mujeres, pues se comenta que ellas se encuentran hospitalizadas en el área de maternidad.<sup>71</sup> Incluso el comentario de quienes están al frente del programa a nivel estatal enfatiza la responsabilidad de la mujer en la procreación de los hijos y como mecanismo de ésta para conseguir pareja.<sup>72</sup>

*Es que el hombre debe estar enterado de lo que toma su pareja, de las pastillas, porque a veces le dicen al chamaco: 'hay me tomé la pastilla' y ¿realmente se están tomando la pastilla? Porque luego les toman la pastilla a ellos y salen embarazadas. Es que ahí también tiene mucho que ver eso, que no es sólo el embarazado no deseado, porque yo digo es no planeado. Porque las muchachas para agarrar al muchacho se embarazan. Es que hay de todo, entonces, ¿me vas a terminar? Ah, pues parece que ya salí embarazada.*

Caber destacar que no existe coordinación entre las distintas áreas del módulo para la tención médica y psicológica. Incluso el área médica puede no enviar a la o los adolescentes al área psicológica y sólo canalizarlos a la de planificación familiar del Hospital General para la elección del método a utilizar.

En este sentido resulta relevante que el personal responsable del área se actualice en cuanto a la temática que aborda; reciba capacitación y sensibilización en lo que refiere a perspectiva de género y se coordine para obtener resultados de impacto en la atención.

---

<sup>71</sup> *En este caso solo iba dirigido a mujeres porque ellas son las que están en el tercer piso. Entrevista con personal de atención del módulo de embarazo adolescente, noviembre, 2009.*

<sup>72</sup> *Una vez me tocó estar con una señora que estaba renuente que el señor se hiciera la vasectomía. Era un muchacho y ella tenía como seis hijos que no eran del muchacho, lógico porque el muchacho se veía más joven que ella, estábamos en la sala de espera y le decía ella: ¡ándale vamos ya tengo hambre! y él le decía espérate ahorita y volteaba y me decía es que no me quiero ir. Ese día la señora le dijo tantas cosas al muchacho, que lo único que yo esperaba que le dijera, si en este ratito no vas y te acuestas conmigo te dejo, porque es gente de bajo nivel... le dijo de sarta de cosas al muchacho y delante de todos los hombres, porque la gran mayoría era hombres. Mira que voy a ir a desayunar y si no te vas conmigo, madre santa, sólo falta que le diga esta, otra cosa. Pues aquí para que el muchacho se vaya. Entonces, como ves, después de que le está haciendo el favor de no embarazarla, después de tantos chamacos que tiene y todavía no acepta. ¿Qué quieren? Es que también es lo que te digo, quieren amarrar al hombre con hijos.*

## Presupuestación

El programa de salud sexual y reproductiva para adolescentes cuenta con fundamento legal y obedece a las estrategias del *Programa Sectorial de Salud Federal* (PROSESA) 2007-2012 y se alinea con el programa sectorial de salud estatal. El presupuesto destinado a las acciones a desarrollarse a nivel estatal como parte del programa pueden observarse en los siguientes cuadros.

La información relaciona indicadores, metas, acciones y presupuesto destinados a los programas Salud sexual y reproductiva para adolescentes y arranque parejo en la vida, este último tiene como población objetivo a las mujeres en situación de parto y puerperio, así como la atención de las(os) recién nacidas(os).<sup>73</sup>

El cuadro 1 muestra las estrategias, acciones, actividades, metas, indicadores, presupuesto y resultados que se esperan obtener en la entidad como parte de la implementación de la política pública sobre salud sexual y reproductiva. Sin embargo, ninguna de ellas está dirigida específicamente a los y las adolescentes, sino a la población en general. Incluso la siguiente estrategia y meta no estaría dirigida a los adolescentes: *Favorecer la participación del hombre en las decisiones reproductivas de la pareja y su familia, con absoluto respeto a las decisiones de la mujer e Incrementar el 50% el número de vasectomías realizadas en el período 2001-2006 (600)*, respectivamente. Pues son métodos de anticoncepción definitivos, generalmente dirigidos a población adulta.

Además, tres de las metas están dirigidas al aumento en la cobertura de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil. La única meta dirigida a hombres es la relacionada con el incremento de la vasectomía.

---

### Cuadro 1

---

<sup>73</sup> La información proporcionada al respecto es mínima, por lo que se desconoce si estas serían las únicas líneas de acción, metas, estrategias e indicadores que se utilizan como parte del programa estatal y con las cuales se trabaja en el departamento de salud sexual y reproductiva del ISESALUD.

**DIAGNÓSTICO DE LA INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD DEL  
GOBIERNO DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA**

<b>Programa Operativo Anual Salud sexual y reproductiva par adolescentes</b>						
<b>Estrategia</b>	<b>Línea de Acción</b>	<b>Actividad</b>	<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Presupuesto</b>
Contribuir en la modificación de los determinantes que interfieren en el conocimiento y utilización de métodos anticonceptivos modernos	Diseñar e instrumentar acciones de Información, Educación y Comunicación (IEC) en la población.	Realizar campañas de comunicación para transmitir a la población la importancia y los beneficios de planificar su familia y el uso de la anticoncepción	Aumentar para el 2010 la cobertura de métodos anticonceptivos al 56.46% en mujeres en edad fértil unidas	Cobertura de MEFU en la SSA	80%	635594.0
Contribuir en la modificación de los determinantes que interfieren en el conocimiento y utilización de métodos anticonceptivos modernos	Fortalecer las acciones de IEC a la población, en las unidades médicas públicas y privadas en donde se presten servicios de planificación familiar y anticoncepción.	Diseñar, producir y difundir materiales impresos y audiovisuales con información que sea acorde a las necesidades de los diferentes grupos de la población	Aumentar para el 2010 la cobertura de uso de métodos anticonceptivos al 56.46% en mujeres en edad fértil unidas	Cobertura de MEFU en la SSA	80%	635593.0
Fortalecer la competencia técnica administrativa y en derechos reproductivos de los prestadores de servicios en la atención de la planificación familiar y anticoncepción	Capacitar al personal que brinda orientación y consejería, con la finalidad de que las personas decidan libre e informadamente sobre sus expectativas anticonceptivas.	Otorgar capacitación al personal médico y paramédico	Aumentar para el 2010 la cobertura de uso de métodos anticonceptivos al 56.46% en mujeres en edad fértil	Cobertura de MEFU en la SSA	80%	859125.0
Favorecer el acceso y oferta de servicios de planificación familiar y anticoncepción de calidad	Mejorar la oferta de servicios de calidad en planificación familiar y anticoncepción a toda la población, priorizando el fortalecimiento de la anticoncepción posevento obstétrico en los hospitales que atienden el mayor número de eventos obstétricos en cada entidad federativa e institución.	Proporcionar consejería y asesoramiento general sobre la anticoncepción	Alcanzar 70% de cobertura de APEO	Cobertura de APEO	70%	9238421.0
Favorecer la participación del hombre en las decisiones reproductivas de la pareja y su familia, con absoluto respeto a las decisiones de la mujer	Mejorar los servicios específicos de planificación familiar dirigidos a el hombre, con absoluto respeto a su libre decisión.	Realizar método quirúrgico	Incrementar el 50% el número de vasectomías realizadas en el período 2001-2006 (600)	Porcentaje de hombres que se realizan vasectomía	50%	371232.0

**DIAGNÓSTICO DE LA INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD DEL  
GOBIERNO DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA**

Favorecer el acceso y oferta de servicios de planificación familiar y anticoncepción de calidad	Mejorar la oferta de servicios de calidad en planificación familiar y anticoncepción a toda la población, priorizando el fortalecimiento de la anticoncepción posevento obstétrico en los hospitales que atienden el mayor número de eventos obstétricos en cada entidad federativa e institución.	Proporcionar consejería y asesoramiento general sobre la anticoncepción	Alcanzar el 70% de cobertura de APEO	Cobertura de MEFU en la SSA	70%	99130.0
Fuente: Datos proporcionados por la Unidad de Evaluación y Seguimiento del ISESALUD. Noviembre, 2009.						

El cuadro 2 muestra tanto acciones, estrategias, indicadores y presupuesto para la atención de la madre y la y el recién nacido en la atención estrictamente médica. Destacándose dentro de las metas la realización de cinco consultas prenatales, así como el mantener un porcentaje de cesáreas, menor al 25%. Sin embargo, estas líneas de acción no consideran o no incluyen en la relación proporcionada las acciones que complementan la atención quirúrgica o de atención inmediata al recién nacida(o) o a la madre. Es decir, además de no incluir otras actividades de atención a las y a los pacientes, como las pláticas de orientación, tampoco se consideran las particularidades que presenta una mujer en el puerperio, como son los cambios en los estados de ánimo, así como las representaciones sobre la maternidad, entre otras. Es decir, se dejan de lado esos aspectos culturales señalados en otros apartados del escrito.

<b>Cuadro 2</b>						
<b>Programa Operativo Arranque parejo en la vida</b>						
<b>Estrategia</b>	<b>Línea de Acción</b>	<b>Actividad</b>	<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Presupuesto</b>
Garantizar la atención integral del recién nacido en las unidades de atención obstétrica y neonatal	Garantizar la existencia de los insumos necesarios para la atención integral del recién nacido (Insumos para	Tamiz neonatal	Adquisición del 100% de requerimientos para Baja California en el 2010	Porcentaje de recién nacidos con tamiz neonatal	Que el 100% de los recién nacidos estén tamizados	404 460

**DIAGNÓSTICO DE LA INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD DEL  
GOBIERNO DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA**

	reanimación neonatal, vitamina K, cloranfenicol oftálmico, material para tamiz neonatal, insumos de vacunación)					
Fortalecer la capacidad resolutive de unidades de las redes de atención médica para el control prenatal, la atención del parto y AEO	Instrumentar protocolos de atención hospitalaria y triage obstétrico que reduzcan las demoras en el ingreso, consulta e interconsulta para garantizar la valoración, diagnóstico y manejo inmediato de las mujeres la atención del parto y complicaciones Obstétricas.	Realizar prueba de embarazo	Realizar un promedio de cinco consultas prenatales	Cobertura de atención de partos por personal calificado en población no asegurada	Realizar un promedio de consulta prenatal para todas las embarazadas de cinco	2 651 580
Reorganización de servicios en redes de atención médica para garantizar el acceso y la continuidad de la atención obstétrica	Habilitar a los hospitales resolutivos de EO con los recursos humanos (anestesiólogo, gineco-obstetra, pediatra, enfermera especialista), la infraestructura y los insumos (terapia intensiva o intermedia, terapia neonatal, equipo para Aspiración Manual Endouterina (AMEU), laboratorio y banco de	Tratamiento quirúrgico	Mantener el porcentaje de cesáreas menor de 25%	Porcentaje de operación cesárea en unidades de la SS	se realizaran 5497 cesáreas	14 009 082.43

	sangre) para garantizar el servicio las 24 horas del día, los 365 días del año					
Fuente: Datos proporcionados por la Unidad de Evaluación y Seguimiento del ISESALUD. Noviembre, 2009.						

El departamento de salud reproductiva no cuenta con manuales de programación o presupuestación. El programa federal sugiere la existencia de un equipo interdisciplinario consistente en médica/o, psicóloga/o, enfermera/o, trabajador/a social, promotor/a asignado a los servicios de salud. En este caso, el equipo de salud encargado de la atención directa en el módulo de embarazo adolescente en Baja California, considera a esos profesionales y sólo carece de trabajador/a social

### Seguimiento y la evaluación

El cuadro anterior deja ver la existencia de indicadores que dan cuenta del cumplimiento de los objetivos del programa, pero que no consideran acciones específicas para los/las adolescentes. Sólo en lo relacionado a la atención durante el parto y el puerperio; no incluye las acciones preventivas del embarazo en las y los adolescentes, como tampoco acciones que promuevan los objetivos de equidad.

El programa instituye mejorar las condiciones de salud de la población, reducir las brechas o desigualdades en salud, prestar servicios sanitarios con calidad y seguridad, evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud y garantizar que la salud contribuya al combate de la pobreza, en función de:

- a) Reducir la tasa específica de fecundidad en las adolescentes a 58 nacimientos por mil mujeres de 15 a 19 años de edad, entre 2007 y 2012.

- b) Incrementar la prevalencia de uso de anticonceptivos en mujeres adolescentes de 15 a 19 años a 47% al 2012.
- c) Incrementar al 70% para el 2012 el uso del condón en las relaciones sexuales de jóvenes.
- d) Reducir el nivel de necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos de las mujeres unidas de 15 a 19 años, en 20% el valor registrado en 2006.

Sin embargo, no se consideran en estos objetivos, algunos de género como la división equitativa del trabajo, ambiente libre de violencia, conciliación de los ámbitos laboral y familiar y, erradicación de estereotipos de género tradicionales. Tampoco las acciones realizadas por el departamento de salud reproductiva consideran esos objetivos. El fin último es la reducción de la tasa de fecundidad en adolescentes y atenderlas en período de embarazo y puerperio.<sup>74</sup>

Sin embargo, en una visión muy estrecha de la incorporación de la perspectiva de género en las acciones de salud, el personal de salud que aborda la problemática considera que dicha perspectiva sí se encuentra incorporada a su quehacer cotidiano porque la población afectada por el programa está conformada principalmente por mujeres y es con esta población con quien debe focalizarse el trabajo institucional.<sup>75</sup>

---

<sup>74</sup> Comenta una de las entrevistadas que la Secretaría de Salud Estatal debe ajustarse las directrices federales y cumplir metas. En este caso, pone el ejemplo del cumplimiento de la realización de los métodos de anticoncepción definitivos, privilegiándose la salpingoclasia por encima de la vasectomía: *Hay necesidad de cumplir con la meta que se nos pide a nivel nacional respecto a los métodos de anticoncepción.* Entrevista con funcionaria del ISESALUD, noviembre, 2009. Entonces, las acciones van primordialmente dirigidas hacia las mujeres y no hacia los hombres.

<sup>75</sup> *Como para implementarlo porque se va dando sencillamente. De la planificación familiar desde hace 18 años que yo entré a la Secretaría siempre hemos otorgado condones a las señoras. A las señoras, si van las señoras o al señor, si va el señor. Se los hemos otorgado a todos. Y si no va el señor a la consulta como casi siempre pasa, se le dan a la señora los condones para que los use el esposo.* Entrevista con funcionaria del ISESALUD, noviembre, 2009.

Las acciones desarrolladas en Baja California no consideran evaluación de las políticas con perspectiva de género, ni la elaboración de documentos con metodologías de evaluación con enfoque de género. Ello permitiría analizar el avance en las transformaciones de las relaciones entre ambos los géneros y la disminución de las brechas de desigualdad. Asimismo, los indicadores utilizados por el programa no se encuentran desagregados por sexo, por ende, no se cuenta con información desagregada en cuanto a la prevención se refiere, puesto que la atención generalmente está dirigida a las mujeres. Tampoco se tienen resultados de impacto que permitan conocer cambios o disminución en las brechas de género o si se originan resultados positivos o negativos producto de las acciones en las mujeres y los hombres.

### Coordinación

En lo que concierne a la coordinación institucional, el programa sí la considera para el desarrollo de acciones encaminadas a la reducción de la tasa de fecundidad, a través de *una campaña permanente de educación sexual que favorezca el ejercicio de una sexualidad responsable y promueva el sexo protegido*. Esto a través del quehacer intersectorial de las instancias de salud y de educación pública buscando cumplir con los objetivos plasmados en el *Programa Sectorial de Salud 2007-2012*<sup>76</sup> Más no se definen las funciones específicas de esas instituciones. No obstante se consideran algunos ejes para cumplir con esta reducción de la fecundidad: *brindar servicios de calidad en salud sexual y reproductiva; acceso a información y educación; abasto oportuno y suficiente de insumos anticonceptivos; la orientación-consejería de calidad, el fortalecimiento de la anticoncepción pos evento obstétrico, todo ello*

---

<sup>76</sup> El programa contempla acciones y/o servicios diferenciados por instituciones, en su mayoría públicas. Se trata de un programa de acción interinstitucional, cuyas instancias federales son: Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Dirección General Adjunta de Salud Reproductiva, Dirección de Área de Planificación Familiar y Subdirección de Salud Sexual y Reproductiva. Y las instancias estatales son: Secretaría de Salud Estatal, Dirección de Servicios Médicos, Subdirección de Salud Reproductiva, Jefatura del Departamento de Salud Reproductiva, Responsables Estatales del Programa y Coordinaciones Jurisdiccionales de Salud Reproductiva. Pero no están consideradas acciones focalizadas a resarcir las brechas de género existentes.

*en el marco del respeto a los derechos sexuales y reproductivos de esta población.*

Sin embargo, no establece cuáles son las atribuciones de cada una de las instituciones involucradas. En este caso, resulta necesario que se definan las funciones a fin de lograr acciones conjuntas que identifiquen necesidades en las y los adolescentes para lograr impacto en las causas que están originando embarazos a temprana edad y de alto riesgo.

En el quehacer institucional de competencia estatal se desarrollan acciones tanto en este ámbito (departamento de salud reproductiva del ISESALUD) como a nivel jurisdiccional y municipal. Estos niveles adecuan las estrategias y acciones en función de las necesidades y recursos con que cuentan, según comentarios obtenidos en la investigación empírica, más no establecen acciones coordinadas.<sup>77</sup> En el caso de la detección de ITS en adolescentes, este departamento mantiene vínculo con el de Medicina preventiva para realizar la canalización correspondiente.<sup>78</sup>

Este departamento, cuya responsabilidad es desarrollar la política de salud reproductiva en las y los adolescentes a nivel estatal, no mantiene coordinación con instituciones de salud privada, tampoco con organismos de la sociedad civil. Respecto a los segundos, los comentarios oscilan en la dificultad para que este departamento realice acciones coordinadas con ello, pues se descalifica el papel que la sociedad civil puede desempeñar.<sup>79</sup> En lo que refiere a

---

<sup>77</sup> *Es que cada programa le dice a nivel jurisdiccional cuál es el programa estatal y ellos a su vez hacen el programa jurisdiccional de acuerdo a cuál es su jurisdicción... Lo adaptamos y lo baja, pasa a nivel jurisdiccional y a nivel jurisdiccional lo bajan a los centros de salud que es el operativo, pero cada quien lo va adecuado.* Entrevista con funcionaria del ISESALUD, noviembre, 2009.

<sup>78</sup> *Sí, se les hace la prueba rápida de VIH a las embarazadas. El primer nivel es integral, allí se ve todo. Pero en segundo nivel tiene que ir a determinados servicios. Esa es la relación que mantiene la doctora con la de VIH y tiene que estar en contacto. Y cuando tiene positividad ya se refiere a la clínica de VIH y ya van viendo cuales son los caminos.* Entrevista con funcionaria del ISESALUD, noviembre, 2009.

<sup>79</sup> (...) *a veces nos piden cosas que nosotros ya estamos realizando; como que volvemos a lo mismo pues a veces desconocen lo que nosotros hacemos y nomás dicen las cosas sin tener conocimiento veraz de lo que hacemos. Sí, pero, yo digo que todo se debería de regir por, independientemente que sean OSC porque a veces en lugar de ayudarnos nos perjudican*

instituciones públicas de salud, sí existe trabajo “común” pues se comenta que las acciones están encaminadas al mismo fin. Más no existen convenios de coordinación para el desarrollo de acciones a favor de la prevención del embarazo adolescente.<sup>80</sup> En este sentido, cabe señalar la importancia de la coordinación interinstitucional, intergubernamental e intersectorial para el logro de objetivo y para incorporar la atención diferenciada para los y las adolescentes.

### Organización institucional

En lo que refiere a la capacitación, el programa federal plantea como una de las acciones para *contribuir a la disminución de las infecciones de transmisión sexual y VIH/Sida en la población adolescente, la elaboración y aplicación de un programa de capacitación interinstitucional para optimizar recursos, homogeneizar y alcanzar estándares de calidad, dirigido a personal de salud vinculado en la atención de la salud sexual y reproductiva del adolescente incluyendo orientación, consejería, detección rápida y tratamiento de las ITS y VIH/Sida, que permita el desarrollo de habilidades, destrezas adecuadas y propicie un cambio positivo de actitud.* Pero no se señala capacitación para desarrollar acciones que reconozcan las particularidades de ambos géneros en el periodo de la adolescencia. Resulta importante, que los y las responsables de la ejecución del programa a nivel estatal tomen en cuenta esta consideración en el ejercicio de sus funciones.

Los actores que han participado esporádicamente en alguna capacitación relativa al género han sido muy pocos y por convocatoria del Instituto Estatal de la Mujer para el Estado de Baja California (IEMBC). Los asistentes son

---

*porque hablan cosas que no son. No sé si por desconocimiento o porque les gusta decir nada más cosas. Yo no tendría problema de trabajar con ellos, pero apegados a las normas. Dicen: No tienes píldoras de emergencia. ¡Espérame porque si tenemos y en los centros de salud sí hay!, otra cosa es que haya un caso por allí.* Entrevista con funcionaria del ISESALUD, noviembre de 2009.

<sup>80</sup> *Es lo mismo, es trabajar para un mismo fin. Únicamente trabajar con el mismo fin porque yo creo que trabajarlo con todas las instituciones en un mismo fin, podemos lograr algo y así no nos desgastamos en andar trabajando unos en una parte y otro en otra.* Entrevista con funcionaria del ISESALUD, noviembre de 2009.

seleccionados en relación a la función que desempeñan y a los contenidos que la capacitación ofrezca.<sup>81</sup>

El departamento de salud reproductiva y equidad de género del ISESALUD no convoca o coadyuva en la organización de este tipo de capacitaciones. No obstante, su nombre (departamento de equidad de género y salud reproductiva) es para estar acorde al nombre que tiene el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud a nivel federal. Por lo tanto, las instituciones de salud del ISESALUD no cuentan con una oficina o departamento sobre equidad de género que haya sido creada por iniciativa estatal. Por ello, resulta significativo que el ahora Consejo Estatal de Salud tome cartas en el asunto y promueva la constitución de un departamento dedicado al abordaje de la perspectiva de género en salud en el estado.

### c) Programa Cáncer de Mama

El cáncer de mama<sup>82</sup> es la causa más común de muerte por cáncer en las mujeres de todo el mundo, con más de 410 mil defunciones anuales. En México, al igual que en el resto del mundo, el número de casos y la tasa de mortalidad se elevan con la edad. Sin embargo, hay indicios que sugieren la existencia de un patrón de incidencia del cáncer de mama a una edad más temprana en nuestro país, con un porcentaje de casos mayor en las mujeres

---

<sup>81</sup> *Yo voy a un diplomado sobre género y está muy interesante... yo no había tomado uno de estos. Sobre lo del embarazo adolescente, el asunto es que es un asunto generacional de la pobreza, entonces si una mujer se embaraza no va romper con eso, tiene que tener todas las armas para poder estudiar, para poder salir adelante, entonces se va a perpetuar la pobreza. Porque como uno se hace cargo más del 90% para cuidar niñas o niños, se hace difícil. La educación es importante.* Entrevista con funcionaria del ISESALUD, noviembre, 2009.

<sup>82</sup> El cáncer de mama es una proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células con genes mutados, que actúan suprimiendo o estimulando la continuidad del ciclo celular pertenecientes a distintos tejidos de una glándula mamaria. Los cánceres o carcinomas de mama suponen más del 90% de los tumores malignos de las mamas, pero nueve de cada diez tumores o bultos mamarios no son malignos.

entre 40 y 50 años<sup>83</sup>. Es decir, alrededor de 10 años antes de la edad en que se presenta en otros países del continente americano y de Europa.

El cáncer de mama no es materia específica de la Ley General de Salud, no obstante, este padecimiento se ubica dentro de la fracción XVIII. *La prevención y el control de enfermedades no transmisibles y accidentes*,<sup>84</sup> la cual es competencia de las entidades federativas en cuanto a *organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios*.<sup>85</sup> Pero también es competencia de la federación en tanto:

*A. Corresponde al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud:*

*I. Dictar las normas oficiales mexicanas a que quedará sujeta la prestación, en todo el territorio nacional, de servicios de salud en las materias de salubridad general y verificar su cumplimiento.*<sup>86</sup>

Como complemento de esta función normativa en enfermedades como el cáncer de mama, a través de la Secretaría de Salud –federal–, *en materia de prevención y control de enfermedades y accidentes le corresponde establecer y operar el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, de conformidad con esta Ley y las disposiciones que al efecto se expidan, así como realizar los programas y actividades que estime necesario para la prevención y control de enfermedades y accidentes*.<sup>87</sup>

Además de que, como una de las manifestaciones del cáncer, el de mama está incluido como gasto catastrófico en el Seguro Popular, por lo cual la entidad

---

<sup>83</sup> Martínez-Montañez, Uribe-Zúñiga y Hernández-Ávila (2009) señalan que en el 46% de las mujeres mexicanas afectadas por el cáncer de mama éste se presenta antes de los 50 años, y el grupo de edad más afectado es el de 40-49 años de edad.

<sup>84</sup> Artículo 3º de la Ley General de Salud.

<sup>85</sup> Fracción I, apartado B del Artículo 13 de la Ley General de Salud.

<sup>86</sup> Fracción I, apartado A del Artículo 13 de la Ley General de Salud.

<sup>87</sup> Fracciones II y III, Artículo 133, Capítulo I del Título Octavo de la Ley General de Salud.

recibe recursos federales para atender integralmente a la población sin seguridad social que presente la enfermedad.<sup>88</sup>

En este sentido, la Secretaría de Salud es la instancia que cuenta con la atribución de expedir el programa de acción específico contra el cáncer 2007-2012, instrumento que resulta normativo para las acciones que se lleven a cabo en las entidades federativas como parte del Sistema Nacional de Salud. Veremos a continuación lo que dispone la NOM-041-SSA2-2002, la cual establece las regulaciones para la prestación de los servicios en materia de prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.<sup>89</sup>

La NOM está planteada en un lenguaje en general excluyente de los hombres, quienes, aunque en poca proporción, también padecen la enfermedad. A lo largo de las disposiciones sólo se menciona a las mujeres como población objetivo, salvo cuando se habla de las acciones que deben ser cumplidas a través de la *consejería*<sup>90</sup> y cuando en un apartado específico denominado precisamente *cáncer de mama en el varón*, dispone medidas para su atención. De manera puntual se establece una docena de acciones a seguir, pero se dejan de lado actividades específicas durante las diversas fases de la prevención.

En el caso de las mujeres, se plantea con gran detalle los procedimientos a seguir en las etapas de prevención, detección, diagnóstico y tratamiento, donde

---

<sup>88</sup> Ver transitorio décimo cuarto de la reforma a la Ley General de Salud publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 15 de Mayo de 2003. Como se señala en el Programa de Acción Específico en Cáncer de Mama 2007-2012, Secretaría de Salud, 2008, p. 23: *desde el año 2004, se otorgaron tratamientos quimioterápicos de primera línea a las mujeres sin seguridad social e incluyó 15 tipos de medicamentos oncológicos. Esta política se consolidó con el decreto presidencial por el cual las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama inscritas al Seguro Popular, a partir del 1 de enero de 2007, deben recibir el tratamiento integral del cáncer de manera gratuita, con financiamiento del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.*

<sup>89</sup> NOM-041-SSA2-2002 para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica de cáncer de mama. *Diario Oficial de la Federación*, 17 de Septiembre de 2003.

<sup>90</sup> *Consejería, al proceso de comunicación interpersonal, entre el prestador del servicio de salud y usuarias, mediante el cual se proporcionan elementos para apoyar su decisión voluntaria, consciente e informada acerca de las actividades de detección, diagnóstico y tratamiento según sea el caso.* Ver apartado de definiciones de la Norma Oficial.

se reconocen las especificidades que implica dirigir acciones de salud a mujeres.

Por ejemplo, se establece que a través de la consejería *se debe proporcionar información, orientación y asesoría al usuario o usuaria y sus familiares, de acuerdo con lo establecido en la presente norma, a fin de aclarar las dudas que pudieran tener las o los pacientes acerca del cáncer de mama,*<sup>91</sup> en materias como *anatomía y fisiología de la glándula mamaria, factores de riesgo del cáncer mamario, manifestaciones clínicas, exploración clínica y autoexploración de las mamas, detección y referencia de casos del primero al segundo nivel de atención médica, detección, diagnóstico y referencia de casos del segundo al tercer nivel de atención médica, diagnóstico, tratamiento, control y, en su caso, contrarreferencia del tercero al segundo nivel y de éste al primero, características y riesgos del tratamiento, probables secuelas, y rehabilitación.*<sup>92</sup>

Lo anterior implica una consejería abierta a las necesidades específicas de la mujer paciente, dispuesta a acompañarla a lo largo de las distintas etapas de la atención, informándole y asesorándole sobre las implicaciones de las decisiones a tomar.<sup>93</sup>

La NOM distingue adecuadamente el tipo de acciones específicas a seguir con la población femenina en el caso de acciones de prevención primaria, la cual se debe *realizar mediante la información, orientación y educación a toda la población femenina sobre los factores de riesgo y la promoción de conductas favorables a la salud.*<sup>94</sup> En ese sentido es que la norma atiende a criterios que le dan un lugar relevante a las necesidades de las mujeres, por lo que se puede decir que atiende en algunos aspectos al objetivo de hacer equitativo el acceso a los servicios de salud para las mujeres, aunque por lo que se ha

---

<sup>91</sup> Apartado 6.1.1

<sup>92</sup> Ver apartados 6. 1. 1. 1 al 6. 1. 1. 10

<sup>93</sup> El apartado 6. 2. 2 señala: *la consejería debe plantear la exploración y expresión de los sentimientos, tales como: angustia, temor, ambivalencia, depresión, ira y negación, con objeto de disminuir éstos para facilitar la toma de decisiones y poner en práctica la acción a seguir.*

<sup>94</sup> Ver apartado 7.1

señalado, no lo hace en igual medida para los hombres.<sup>95</sup> Se puede afirmar también, que con esto se tiende a acortar las brechas en el goce de la salud entre hombres y mujeres, pues este problema, que aqueja gravemente sobre todo a ellas, cuenta ya con un conjunto amplio de acciones especializadas y protocolizadas para impulsarse por parte de diversas instancias del Sistema Nacional de Salud.

No obstante, la norma no orienta correctamente los esfuerzos nacionales en la materia, para que permitan asumir plenamente la prioridad que se pretende hacia la atención de esta enfermedad que aqueja fundamentalmente a mujeres. Desde el punto de vista del equipo de investigación, puede haber riesgos de exclusión de mujeres en el ejercicio del derecho a la salud, cuando plantea que *la toma de mastografía se debe realizar anualmente o cada dos años, a las mujeres de 40 a 49 años con dos o más factores de riesgo y en forma anual a toda mujer de 50 años o más, por indicación médica y con autorización de la interesada, de existir el recurso. En las unidades médicas de la Secretaría de Salud el servicio de mastografía no se debe negar a ninguna mujer por razones de tipo económico.*

Ello por cuanto, como se señaló anteriormente, la incidencia de la enfermedad en el país es mayor en edades inferiores a 50 años.

Ciertamente estudios internacionales indicaban en 2002 que los servicios de tamizaje como política de salud pública debían dirigirse a las mujeres de 50 a 69 años de edad.<sup>96</sup> También se sabe que la densidad de la mama en edades inferiores a 50 años genera un incremento en los errores de interpretación de las placas mastográficas. Por ello, sería importante entonces enfatizar en la promoción de la autoexploración y la exploración clínica, habida cuenta de que

---

<sup>95</sup> De acuerdo con información oficial, en 2001 se presentaron 33 casos de muerte en hombres por cáncer de mama, lo que representó el 0.1 % de los casos de morbilidad por tumores malignos en el total de hombres del país. Ver en el sitio en internet de la Dirección General de Vigilancia Epidemiológica de la Secretaría de Salud la siguiente dirección <http://www.dgepi.salud.gob.mx/diveent/rhnm-01/rhnm-01.html>

<sup>96</sup> Eso recomendaban entonces la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (IARC, por sus siglas en inglés) y Consejo Europeo del 2 de diciembre de 2003, en su acuerdo sobre el tamizaje de cáncer de mama (DO L 327/34-38).

en el país se presenta un número importante de casos de cáncer de mama en edades jóvenes<sup>97</sup>.

Como se señaló, la norma también plantea que se deben realizar mastografías anualmente o cada dos años, a mujeres de entre 40 y 49 años con dos o más factores de riesgo, que según la misma norma, son los siguientes: *mujer mayor de 40 años; historia personal o familiar de cáncer de mama; nuligesta; primer embarazo a término después de los 30 años de edad; antecedentes de patología mamaria benigna (proceso proliferativo, hiperplasia atípica); vida menstrual de más de 40 años (menarca antes de los 12 años y menopausia después de los 52 años), y obesidad.*

De acuerdo a diversos estudios<sup>98</sup>, la incidencia de cáncer de mama se incrementa debido a causas estructurales tales como:

1. El envejecimiento demográfico y el incremento de la esperanza de vida femenina.
2. El uso de terapias de reemplazo hormonal (TRH) a partir de la menopausia.
3. El cambio en los patrones de fecundidad asociado al uso de métodos de anticoncepción, especialmente los basados en el uso de estrógenos.
4. La nuligestación, nuliparidad y embarazos a edades avanzadas.

---

<sup>97</sup> Para el año 2001 ya se contaban con datos que permitían saber que una de cada 10 mujeres víctimas mortales de cáncer tenían entre 25 y 44 años de edad. Y el 25% tenía entre 44 y 65 años. De modo que si se querían prevenir esas muertes, las pruebas de tamizaje deberían empezar precisamente en años previos a los 50 y más. A este respecto, es de mencionarse el estudio de varios expertos y expertas mexicanas, que en el 2001 en su publicación *La situación epidemiológica del cáncer en México*, recomendaban *acciones de detección especialmente a partir de los 35 años de edad, intensificándolas en los grupos de mayor edades*; ver <http://www.dgepi.salud.gob.mx/diveent/RHNM.htm>

<sup>98</sup> Brandan, ME y Villaseñor, Y. (2006). *Detección del Cáncer de Mama: Estado de la Mamografía en México*. Revista de Cancerología (1), pp. 147-162; Martínez-Montañez OG, Uribe-Zúñiga P, Hernández-Ávila M. (2009) *Políticas públicas para la detección del cáncer de mama en México*. Revista Salud Pública de México, vol. 51, suplemento 2, pp. 350-360; Lozano-Ascencio R, Gómez-Dantés H, Lewis S, Torres-Sánchez L, López-Carrillo L. (2009). *Tendencias del cáncer de mama en América Latina y El Caribe*. Revista de Salud Pública en México, vol. 51, suplemento 2, pp. 147-156; Anderson, B (2007). *El Cáncer de Mama en los Países con Recursos Limitados: Sinopsis de las Normativas del 2005 de la Iniciativa Mundial de Salud de la Mama*. **The Breast Journal**, La revista oficial de la Sociedad Estadounidense contra las Enfermedades Mamarias, La Sociedad Internacional Senológica y la Sociedad Internacional de Anatomía Patológica de la Mama. Vol. 13, Suplemento 1.

5. La menarca temprana y menopausia tardía.
6. La obesidad.
7. La herencia, pues se ha observado que las mujeres con madre, hermana o hija que haya presentado cáncer de mama incrementan dos y hasta tres veces la probabilidad de padecerlo.

Así, una alta proporción de mujeres mexicanas presenta dos factores de riesgo<sup>99</sup>, de suerte que es fundamental fortalecer las acciones de prevención e información, así como la promoción de la autoexploración y la exploración clínica. Para el caso de la exploración clínica, es necesario capacitar al personal de salud no solamente en la técnica a aplicar, sino también en la obligatoriedad de plantearle a las mujeres la necesidad de ser exploradas y de enseñarles a autoexplorarse.

Por otro lado, sobre el objetivo relativo a la eliminación de estereotipos de género, la norma no plantea explícitamente nada al respecto, pues se limita a señalar cuestiones como: *debido a que el consejero, el o la usuaria y sus familiares establecen una comunicación sobre cuestiones de índole personal, es importante que se preserve el carácter privado y confidencial de la consejería, para que se aliente la expresión con absoluta confianza y libertad.*

Este abordaje de un problema de salud pública de gran importancia, señala una posición poco abierta ante el problema, pues la común resistencia de la mujer a aceptar el examen clínico de las mamas por parte del *personal médico o enfermera* (sic), cuando acude a la unidad de salud por otros motivos (momento importante en las acciones de prevención secundaria de la enfermedad) se debe, entre otras cuestiones, a prejuicios y estereotipos de género que privan en ella, en su pareja y familia, lo que le impide decidir con libertad sobre su cuerpo y salud. Razón por la cual la norma debe ser más

---

<sup>99</sup> Según datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, la prevalencia nacional de obesidad en mujeres de 20 años y más fue de 34.5%. Es decir, poco más de una de cada tres mujeres mayores de 40 años, cumplían con dos factores de riesgo señalados por la norma. De hecho, si el estudio presentara cortes de edad de 40 y más, seguramente ese índice se elevaría sustantivamente, por los hábitos más sedentarios de la población adulta.

explícita en el tipo de valores culturales a vencer y las acciones a seguir por parte del personal de salud.

Es también necesario señalar que muchas veces las mujeres se resisten a este tipo de exámenes porque son aplicados por médicos hombres, lo que despierta suspicacias vinculadas con prejuicios sexuales y de género. Por ello, es indispensable que el personal de salud esté sensibilizado en la materia, a efecto de que logre transmitir a las mujeres la necesidad de que se autoexploren mensualmente y de que sean exploradas clínicamente una vez al año.

En resumen, se puede observar que si bien la norma es favorable a la atención del cáncer de mama en mujeres, pues se orienta a adaptar el protocolo a las necesidades que en particular tengan ellas, planteando por ejemplo su consentimiento informado ante cualquier acción en relación a su salud, en general no es suficiente, dado que dentro de ese protocolo se hace necesario que la visión de género esté más explícita e incida de manera decidida en las acciones a desarrollar.

### **Programa de acción específico 2007 2012 cáncer de mama**

Este programa elaborado e impulsado por la Secretaría de Salud desde el nivel federal, constituye el marco normativo y programático de acción en la materia en el estado de Baja California.

### **Diagnóstico**

El programa parte de un diagnóstico del problema del cáncer de mama que permite identificar algunos aspectos de la evolución y magnitud de esa enfermedad en las mujeres. Da cuenta de que es la primera causa de muerte en mujeres de 25 años o más por neoplasia maligna, y avizora que en el futuro inmediato crecerá su incidencia. Asimismo, se menciona que la tasa de mortalidad de 15.8 mujeres por cada 100 000 habitantes en 2006, se incrementó en 9.7% con respecto al año 2000. No obstante, en números

absolutos, las defunciones crecieron el 28.5% en ese mismo lapso, pasando de 3 455 en el año 2000 a 4 461 en 2006, *lo anterior significa que en promedio fallecieron 12 mexicanas por día, es decir, una cada dos horas.*<sup>100</sup>

Se le define como una enfermedad asociada al envejecimiento y a cambios de patrones reproductivos y estilos de vida. Específicamente se señala que el mayor riesgo de morir por cáncer de mama se encuentra en mujeres que tienen arriba de los 45 años, principalmente en aquellas de 50 y más años, y se presentan los siguientes datos: *de las 4 461 muertes que se produjeron en 2006 en todas las edades, el 68% ocurrió en mujeres mayores de 50 años, con una edad promedio al morir de 58.3 años.* Probablemente varias de estas mujeres iniciaron con cáncer antes de los 50 años.

Atinadamente se presenta información que muestra las entidades federativas con mayor incidencia de cáncer de mama, cuales son el Distrito Federal, los estados de Jalisco y todos los de la frontera Norte, entre ellos Baja California.

No obstante, no se presentan datos sobre morbilidad que permitan confirmar o no las tendencias de incidencia de este tipo de cáncer en mujeres menores de 50 años. De hecho en el propio diagnóstico se reconoce que *el porcentaje promedio de diagnósticos, de acuerdo con el estadio clínico, es el siguiente: estadio 0 y I, 7.4%, estadio II, 34.4%, estadio III y IV, 42.1%, no clasificable 16.1%*<sup>101</sup>. Ello implica que una alta proporción de mujeres se realizan la

---

<sup>100</sup> Programa de Acción Especifico..., p. 20

<sup>101</sup> Para la detección del cáncer de mama la comunidad científica internacional ha adoptado la clasificación de estudios mastográficos del *American College of Radiology* (ACR), publicados y registrados en 1992, denominada BI-RADS (*Breasts imaging reporting and data system*) y que consta de cinco categorías: 0-Radiografía insuficiente, necesita una evaluación adicional con otro estudio, no es posible determinar alguna patología; 1- Mastografía negativa a malignidad, sin ganglios o calcificaciones. 0% de posibilidades de cáncer; 2-Mastografía negativa a malignidad, pero con hallazgos benignos (ganglios intramamarios, calcificaciones benignas, etc.). 0% de posibilidades de cáncer; 3-Resultado con probable benignidad, pero que requiere control a seis meses. Puede presentar nódulos circunscritos o algún grupo pequeño de calcificaciones puntiformes y redondeadas. 2.24% de posibilidades de cáncer; 4-Resultado dudoso de malignidad. Requiere una confirmación histopatológica. Consta de tres grados de acuerdo con su porcentaje de malignidad que van del 3 al 94% y que son: Baja sospecha de malignidad. 3 a 49% ; Sospecha media de malignidad. 50 a 89%; Sospecha intermedia de malignidad. 90 a 94%. 5-Alta sospecha de malignidad. Requiere biopsia para confirmar diagnóstico. Más de 95% de posibilidades de malignidad.

mastografía cuando ya tienen alguna lesión sospechosa, lo que incrementa considerablemente la probabilidad de muerte.

La experiencia médica acreditada en diversos informes de investigación plantea que si bien las tendencias crecientes de la incidencia de cáncer de mama no han logrado revertirse en ningún país, en algunos lugares se han obtenido resultados alentadores en la disminución de la mortalidad a través programas de detección temprana, detección oportuna y tratamiento adecuado, demostrándose que la alta mortalidad por cáncer de mama se asocia a una detección tardía<sup>102</sup>.

Es por ello que se debe enfatizar en que el diagnóstico no subraya debidamente la necesidad de que se promueva la práctica de mastografías en mujeres asintomáticas, de suerte que se logren detectar tempranamente las lesiones y se disminuya la probabilidad de muerte.

De hecho el Diagnóstico institucional apunta a configurar el problema en términos de escasez de recursos, ya que señala que *existe poca información y sensibilización a la población sobre los factores de riesgo para cáncer de mama, por lo que la demanda de atención preventiva de las mujeres mayores de 50 años es baja, a lo anterior se suma una mayor promoción de la detección a mujeres jóvenes sin factores de riesgo, que compiten por los recursos con la población blanco. Este problema obedece en parte a la presión de los medios de información y de prestadores de servicios sin conocimientos actualizados o basados en evidencias sobre políticas de detección.*<sup>103</sup>

Con base en el análisis anterior, se puede decir que si bien en el diagnóstico se abordan algunas causas y consecuencias del cáncer de mama en mujeres hay aspectos de suma importancia que no se abordan, como la morbilidad y los

---

<sup>102</sup> Lozano-Ascencio R, Gómez-Dantés H, Lewis S, Torres-Sánchez L, López-Carrillo L. (2009) *Tendencias del cáncer de mama en América Latina y El Caribe*. Revista Salud Pública en México, vol. 51, suplemento 2, pp. 147-156.

<sup>103</sup> Este planteamiento enunciado en el programa (p. 19), da cuenta cómo se percibe que la detección del cáncer en mujeres menores de 50 mediante mastografía significa una competencia por recursos, lo cual desde una óptica de escasez de los mismos constituye un gasto mal empleado.

cortes por grupo de edad que señala la norma, lo que no permite ponderar en toda su dimensión las consecuencias para la vida de las mujeres de esa política de salud.

El diagnóstico da cuenta de *los principales factores relacionados con los servicios de salud que son determinantes en el incremento de la mortalidad por cáncer de mama*<sup>104</sup> —exceptuando al financiero—, los cuales configuran un panorama adverso, y para ser remontado requiere de grandes esfuerzos en todos los ámbitos que intervienen en la atención del problema.

En cuanto a *cobertura de detección con mastografías*:

- *Existe poca información y sensibilización a la población sobre los factores de riesgo para cáncer de mama*
- *Falta de contratación de radiólogos, oncólogos, enfermeras y técnicas radiólogas que garantice la oferta permanente del servicio (y) escasa formación de recursos humanos*<sup>105</sup>
- *Falta de mantenimiento preventivo y correctivo de mastógrafos y reveladoras, lo que ocasiona problemas de calidad e interrupciones del servicio*<sup>106</sup>
- *No hay una estructura y organización dedicada a la detección en las instituciones del Sistema Nacional de Salud*

En cuanto a *diagnóstico y tratamiento*:

- *Deficiente modelo de atención que permita la derivación ágil y oportuna de las mujeres sospechosas por síntomas clínicos o por mastografía para el diagnóstico y tratamiento*

---

<sup>104</sup> Programa..., p. 19

<sup>105</sup> El documento del programa no señala nada al respecto, pero en información reciente el Secretario de Salud Federal revelaba que *el problema es que no hay suficientes radiólogos expertos en la lectura de esos estudios (y agrego que) necesitaríamos de 100 a 150 radiólogos para tener al menos tres por estado (...) la formación de recursos humanos podría llevar entre cinco y 10 años ya que depende de situaciones de recursos económicos y de que los médicos se interesen en especializarse en estas áreas*. CIMAC noticias, 17 de abril de 2008.

<sup>106</sup> El propio documento del programa señala que *en las instituciones públicas, el número de mastógrafos disponibles pasó de 120 en 2001 a 413 en 2006*.

- *Deficiencia importante en el equipamiento, insumos y capacitación en los laboratorios de anatomía patológica para establecer el diagnóstico adecuado*
- *Falta de equipamiento de los centros oncológicos para la oferta de radioterapia*
- *Falta de apoyo psicológico a las pacientes con cáncer mamario*
- *Abandono terapéutico por desigualdad en la accesibilidad al servicio*

*Calidad de la detección, diagnóstico y tratamiento, y la rendición de cuentas*

- *No se ha consolidado el sistema de información de cáncer en la mujer, tanto en los servicios estatales de salud como en las instituciones del Sistema Nacional de Salud*

Por otro lado, es de destacarse que pese a que la mortalidad por cáncer de mama en hombres es considerablemente menor a la de las mujeres,<sup>107</sup> la ausencia de toda consideración a ellos en el diagnóstico constituye una enfoque inequitativo en términos de género.

Finalmente, respecto de la identificación de estereotipos de género que influyan en la atención del problema, el apartado de diagnóstico no menciona algo en particular. Sí se plantea en un apartado previo, denominado *marco conceptual*, la importancia de incorporar la perspectiva de género para brindar un mejor servicio que permita alcanzar los resultados esperados. Por ejemplo, se señala que *las características de los servicios de salud, la instrumentación y mejoramiento de los programas de tamizaje deben considerar el entorno social, cultural y económico de la población a la que van dirigidos; en este aspecto, es indispensable tomar en cuenta la perspectiva de género en salud.*<sup>108</sup>

Además se plantea cómo los estereotipos de género pueden influir en una detección oportuna de la enfermedad en las mujeres: *en el caso de la salud, los*

---

<sup>107</sup> En 2001 se presentaron 31 casos de muerte por cáncer de mama en hombres, en tanto que las de mujeres fueron alrededor de 3 550, esto es, una relación de 114 a 1.

<sup>108</sup> Programa de Acción..., p. 15

*roles y relaciones de género tienen impactos diferentes en mujeres y hombres. En general, se reconoce que las mujeres tienen menos poder y autonomía en la toma de decisiones, aun sobre su propio cuerpo, lo que puede constituirse en barreras para la detección y el tratamiento temprano de padecimientos como el cáncer; pero no sólo eso, los estereotipos de género impuestos a las mujeres, en particular la priorización de la atención de las necesidades de otros, hace que éstas difieran su propia atención siempre “para después” o que no se apeguen al tratamiento o a la dieta prescritos, sobre todo si esto entra en conflicto con las necesidades o preferencias de otros miembros de la familia, lo que aumenta el riesgo de enfermar y de sufrir complicaciones evitables de enfermedades crónicas.*<sup>109</sup>

Finalmente, se concluye diciendo que *bajo este contexto, es indispensable aplicar el concepto de equidad de género en la salud, ya que “apunta al logro, por parte de todas las personas, del bienestar más alto alcanzable en contextos específicos”*; aunque de ello no deriva el compromiso y la necesidad explícita de enriquecer el programa con la incorporación del enfoque de género.

Cabe destacar que en la problemática del cáncer de mama está implicado un problema de género fundamental, que refiere al autocuidado de la salud de las mujeres. Ello por cuanto, por tradición, las mujeres se han responsabilizado más del cuidado de otras personas que del de ellas mismas. Además, los prejuicios sexistas y sexuales inhiben la práctica de la autoexploración de las mamas.

Sólo resta decir que el gobierno estatal en su diagnóstico sobre la morbilidad del cáncer de mama en el estado, señala que la tendencia *ha sido descendente (pues) se registraron 191 casos en el año 2000 y la tasa fue de 31.95 por 100 mil mujeres de 25 años y más, (y) para el 2008 fueron 211 casos y la tasa de 27.01, lo que representa una disminución del 15.4 por ciento.*<sup>110</sup>

---

<sup>109</sup> *Ibid.*

<sup>110</sup> Programa Sectorial de Salud 2009-2013, *Periódico Oficial*, 24 de Abril de 2009, p. 31. Cabe señalar que el Plan Estatal de Desarrollo no menciona nada al respecto de esta enfermedad

En el caso de la mortalidad, *reconoce que la tendencia fue ascendente, en el año 2000 con 98 muertes y tasa de 16.3 por 100 mil mujeres de 25 años y más, en el año 2008 se registraron 164 decesos con tasa de 20.99, lo que representa un incremento del 28%. Comparando la tasa de mortalidad con el nivel nacional, en 2007 la tasa estatal fue de 19.51 y la media estatal (sic, debió decir nacional) 15.8, ocupando el lugar nueve en la tabla de posiciones.*<sup>111</sup>

Vale la pena mencionar que no existe una valoración sobre las causas al respecto, lo que orienta a minimizar la realidad que se expresa detrás de los datos. De hecho, esta relación que supone menos mujeres enfermas, pero más mujeres que fallecen a causa de la enfermedad, puede indicar que a las mujeres se les está detectando el cáncer en etapas de desarrollo muy avanzadas, por un tamizaje por mastografía tardío, o una insuficiente práctica de exploración clínica o autoexploración, lo que hace insuficiente cualquier método de tratamiento.

## Diseño

Teniendo como reto transformar las condiciones institucionales para la atención del cáncer de mama, las cuales están referidas a la *cobertura de detección con mastografías, diagnóstico y tratamiento, así como la calidad de la detección, diagnóstico y tratamiento, y la rendición de cuentas*, el programa se plantea como objetivo general: *disminuir el ritmo del crecimiento de la mortalidad por cáncer de mama a través de la provisión de servicios óptimos en la detección, diagnóstico, tratamiento y control del padecimiento, así como de la participación responsable de la población en el cuidado de su salud.*

Asimismo, plantea los siguientes objetivos específicos:

1. *Mejorar el conocimiento de la población sobre los determinantes del cáncer de mama a través de acciones integradas de promoción de la*

---

que constituye la segunda causa de muerte de mujeres en el Estado, sólo después de la diabetes mellitus, aunque constituye la primera dentro de los tumores malignos.

<sup>111</sup> *Ibid.*, p. 32

*salud que motiven la participación corresponsable en el cuidado de la salud y la demanda de los servicios de detección temprana.*

- 2. Incrementar la detección temprana del cáncer de mama, a través de la organización de servicios específicos que garanticen la eficiencia y calidad de la mastografía priorizando a mujeres de 50 a 69 años de edad, de acuerdo con la normatividad vigente.*
- 3. Mejorar la calidad y oportunidad del tamizaje, diagnóstico y tratamiento integral del cáncer de mama, a través de la formación de recursos y la capacitación continua del personal.*
- 4. Reorganizar y fortalecer los servicios de diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama con base en las mejores prácticas en coordinación con las instituciones del Sistema Nacional de Salud.*
- 5. Consolidar el sistema de información para el monitoreo, evaluación y vigilancia epidemiológica, con el fin de disponer de información confiable y sistemática para la mejora continua del programa, el aseguramiento de la calidad y la rendición de cuentas*

Como se puede observar, los objetivos del programa no están formulados en un lenguaje que aluda explícitamente a las mujeres, cuando incluso este programa está planteado de manera mayoritaria para mujeres.<sup>112</sup>

Por ejemplo, en el caso del objetivo general y del primer objetivo particular se plantean acciones con la población, por lo que no se alude específicamente a mujeres ni se reconocen necesidades específicas y tampoco se les considera como sujetas de la política pública.

No existe ningún objetivo vinculado a la necesidad de mejorar la efectividad y calidad del servicio mediante la incorporación del enfoque de género, lo cual enriquecería el modelo de atención, apunte a sensibilizar y capacitar al personal que opera los distintos servicios del programa, así como logre el interés y pleno involucramiento de las pacientes en el cuidado de su salud. Con

---

<sup>112</sup> Cabe señalar que ni en este apartado ni en ningún otro se visualiza a los hombres con cáncer de mama, ante lo cual no hay explicación o justificación alguna.

lo que no se plantea como un fin en sí mismo eliminar aquellos estereotipos de género que están incidiendo en que el servicio no se dé en términos de trato adecuado a las mujeres, como tampoco motiva a éstas a comprometerse en el cuidado de su propia salud.

Destaca el objetivo que plantea *incrementar la detección temprana*, por medio de organizar servicios de calidad y eficientes, *priorizando a mujeres de 50 a 59 años de edad, de acuerdo con lo la normatividad vigente*. A ese respecto, resulta adecuado proponerse mejorar los servicios, pero para tener un efecto decidido sobre la disminución del ritmo de crecimiento de la mortandad por cáncer de mama, podría considerarse ampliar la población blanco u objetivo a mujeres menores a los 50 años,<sup>113</sup> dado que seguirá habiendo mujeres a quienes para el momento en que se les haya detectado el cáncer, muy probablemente a edades entre los 50 y 59 años, el estadio clínico de la enfermedad será avanzado y, por tanto, inatacable en gran medida.

Debe quedar en claro que la norma no obliga a que sean sólo las mujeres de 50 a 59 años a las que se les practique el tamizaje por mastografía cada año; ese grupo de edad, como bien lo señala el programa, son prioritarias. ¿Pero qué sucedería si existieran suficientes recursos para llevar a cabo mastografías en mujeres menores de 50 años?, el programa ampliaría su cobertura focalizada a un grupo más amplio de mujeres y con ello no contravendría la norma. Es decir, el argumento de priorizar *a mujeres de 50 a 69 años de edad, de acuerdo con la normatividad vigente*, es no debiera ser rígido, pues la norma no impide ampliar el grupo prioritario, sólo establece un mínimo; el problema es la escasez de recursos. De tal modo que esta enfermedad de mujeres, no recibe los recursos públicos suficientes para prevenir y evitar más muertes.<sup>114</sup>

---

<sup>113</sup> Resalta el hecho de que el Programa Nacional de Salud establece como meta en esta materia *incrementar al triple la cobertura de detección de cáncer de mama por mastografía en mujeres de 45 a 64 años*. Ver p. 84

<sup>114</sup> Al respecto, Programa Nacional de Salud 2007-2012 señala que *la literatura médica indica que los mastógrafos han contribuido a reducir la mortalidad por cáncer de mama entre 15 y 20 % en mujeres de 40 a 49 años de edad, y entre 16 y 35 % en mujeres de 50 a 69 años*. Ver p. 56

Los otros objetivos están referenciados a mejorar la gestión del programa, ninguno de los cuales está vinculado a atender cuestiones de género.

Por lo que hace a los objetivos planteados en relación al cáncer de mama por el gobierno del estado en el *Programa Estatal de Salud*, es importante señalar que la única parte de ese documento rector en el que se le alude explícitamente, está vinculada al tema de prevención y control de enfermedades, el cual tiene como objetivo *atender el proceso de salud-enfermedad de la población, poniendo énfasis en el acto preventivo, mediante acciones de promoción sobre el auto cuidado de la salud, detección oportuna, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades que presenta la población bajacaliforniana.*<sup>115</sup>

Dentro de la línea de acción 3.2.1.2, *fortalecer las acciones de prevención, detección y tratamiento oportuno de CACU (Cáncer Cérvico Uterino) y CAMA (Cáncer de Mama) desde una perspectiva sectorial*, la Secretaría de Salud del Estado se fija dos metas:

- *Elevar la cobertura de detección por mastografía en mujeres de 50 a 69 años de edad*, donde se espera un resultado de 60% en el año 2013, y
- *Mantener la tasa de mortalidad por cáncer mamario por 100 mil mujeres de 25 años y más, esto es*, se busca como resultado mantenerse igual o por debajo de la tasa de mortandad de 20 puntos

Por otro lado, cabe destacar que la meta de elevar la cobertura de detección por mastografía al 60% está fuera del alcance del gobierno estatal si no se realizan fuertes inversiones para incrementar y mejorar los servicios. A este respecto, cabe destacar que la meta federal en la materia es alcanzar el 21.6% de la cobertura en 2012.

Es de destacarse que ninguna de las metas sexenales del gobierno del Estado aluda a incorporar la perspectiva de género en sus servicios, a fin de

---

<sup>115</sup> Ver Programa Estatal de Salud..., p. 48

enriquecer el modelo de atención que se fija en la norma oficial; a fin de mejorar los contenidos de la formación, capacitación o sensibilización que recibe el personal de salud que atiende a la enfermedad, como tampoco busca incidir en el modelo de gestión de las unidades médicas, a fin de que todos sus procesos y procedimientos cuenten con dicha perspectiva.

### **Acciones y servicios**

En ninguna de las siete estrategias que el programa se propone impulsar para cumplir con esos objetivos, hacen manifiesta la voluntad de profundizar en la incorporación de la perspectiva de género, a fin de mejorar los servicios y atender las necesidades de las mujeres para que se involucren en las diversas etapas de la atención. No obstante, al pasar al análisis de las acciones vinculadas a esas estrategias, aunque se evidencia la pretensión de tomar más en cuenta los intereses y necesidades de las mujeres, ello no se traduce en que se les considere sujetas centrales en el cuidado de su salud.

Por ejemplo, la primera estrategia busca *desarrollar campañas de comunicación educativa para modificar los determinantes del cáncer de mama a través de la adopción de hábitos de vida saludable y la demanda de los servicios para la detección*. Como se puede observar, en ningún momento alude a las mujeres, como tampoco las sitúa desempeñando un rol central en algunas de las acciones vinculadas a esta estrategia, las cuales a continuación se analizan.

Una señala que se deberán coordinar acciones para llevar a cabo *eventos de promoción y educación al público en general, con alineación de mensajes para sensibilizar, informar y motivar la asistencia de las mujeres a los servicios de salud para la detección*. Aquí se trata de involucrar a otras personas como factor motivacional de la mujer para que asista a los servicios de salud, lo cual es importante, aunque no se plantea que ello se hará bajo la base de promover la determinación y autonomía de decisión de las mujeres sobre su cuerpo. En el mismo sentido se propone otra que plantea *elaborar material de información*

*adecuado y comprensible para las diferentes audiencias en áreas rurales e indígenas sobre la prevención y control del cáncer de mama, que incluya la reproducción y difusión de dípticos, folletos, rotafolios, carpetas, videos y otros materiales educativos. Y otra más en el mismo sentido no ubica a las mujeres como las actoras centrales del servicio, pues se plantea desarrollar encuestas sobre la percepción de factores de riesgo y la demanda de atención para la detección oportuna del cáncer de mama.*

Otra acción se orienta a *promover la alimentación adecuada, el ejercicio regular y la lactancia materna como factores protectores contra el cáncer de mama; y una más se propone capacitar a las mujeres de 20 años de edad y más en la autoexploración de la mama*, cuestiones que resulta importantes que apuntan a fortalecer a la mujer en tanto se le proporciona información para su auto cuidado.

Mediante la segunda estrategia se plantea *establecer un modelo de detección, dirigido a las mujeres de mayor riesgo, basado en las mejores prácticas conocidas y que permita el incremento de la cobertura de manera eficiente, segura y eficaz*. En esta estrategia se plantean varias acciones interinstitucionales para incrementar la detección, la cual en el caso de la mastografía se reitera que por prioridad se dirigirá a las mujeres de 50 a 69, al tiempo que se plantea *actualizar la normatividad de acuerdo con medicina basada en evidencia y las mejores prácticas*. Destaca que se promueva la instrumentación de caravanas de salud en áreas rurales, a la razón de que mujeres alejadas geográficamente y/o por motivos económicos no están accediendo al programa, puedan contar con algunos de sus servicios. Esta medida tiende a disminuir las diferencias en el acceso, por lo que se considera adecuada, además de que también es acertada porque visibiliza al sector de mujeres rurales, que por los esquemas de gestión de la salud, generalmente no son visibilizadas en las políticas públicas.

Otra estrategia orientada a la formación y capacitación de personal para la *detección, diagnóstico y tratamiento*, y en ninguna de las acciones que se

propone se habla de contenidos que refieran a la incorporación de la perspectiva de género. Sólo cuando se habla de campañas de información *dirigidas al personal*, se habla *sobre las políticas y criterios adecuados para la detección del cáncer de mama, especialmente con mastografía*, aunque no hay una mención específica a dicho enfoque.

Una más plantea *promover la gestión adecuada de la infraestructura física, equipo y personal para la provisión de la detección y atención del cáncer de mama*. De las acciones que contempla, destaca la orientada a *apoyar la planeación y gestión de clínicas de mama para la evaluación de mujeres con resultado anormal a la detección o datos clínicos sospechosos y la creación de servicios o centros de atención oncológica para cáncer de mama en los estados que no cuentan con éstos*, dado que la especialización del conjunto de servicios de salud para la mujer con cáncer de mama se incrementará, además de que se dará atención de manera más integral.

Otra es la que busca *fomentar el acceso, utilización y provisión del diagnóstico y tratamiento integral del cáncer de mama con calidad y oportunidad, así como la gratuidad de la atención en mujeres sin seguridad social*. Al respecto, se plantean acciones que mejorarán el acceso como informar de la gratuidad del servicio a mujeres sin seguridad social, lo cual apunta a disminuir las desigualdades en el acceso que existen entre la población femenil. También hay otras que buscan elevar la calidad del servicio, como elaborar guías clínicas para uniformar procedimientos y certificar al personal y a las unidades médicas, a fin de que cumplan con los estándares de calidad del servicio. Al respecto, es de destacarse dentro de lo que se entiende por calidad la nula mención a temas vinculados a la incorporación de la perspectiva de género.

Como se puede concluir, del conjunto de acciones que se tiene contemplado impulsar, pocas incorporan un enfoque de género que permita que las mujeres que padecen cáncer desempeñen un papel central en los servicios de atención a su salud. Igualmente, de las acciones que plantea impulsar el programa a nivel federal a fin de hacer los servicios más eficientes y eficaces, en ninguna

se plantean aspectos de calidad vinculados al género, pues se busca, por ejemplo, que los servicios de las unidades médicas se certifiquen y que el propio personal de salud vinculado a estos servicios se forme y capacite, pero sobre todo en aspectos técnicos y casi exclusivamente médicos, no en cuestiones como el manejo de la relación con la paciente y de lo que se tiene que promover en la mujer para involucrarla plenamente en su tratamiento y en general en el cuidado y decisión sobre su salud. Asimismo, no hay señalamientos respecto a la necesidad de ubicar este padecimiento en el marco de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

No se contemplan en las acciones del programa federal, el combatir y eliminar los estereotipos y valores culturales sexistas, que muchas veces explican la poca afluencia de mujeres a la práctica de estudios mastográficos.

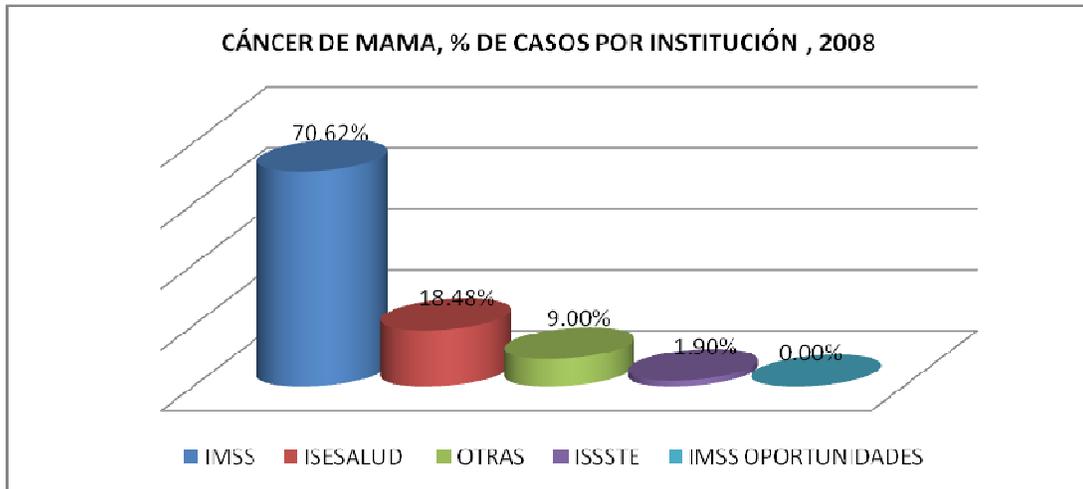
Por lo que hace al programa estatal, este constituye un planteamiento que atiende a lo establecido en el referente federal, no sólo porque la federación cuenta con esas atribuciones, sino también porque los recursos que permiten operar el programa por parte de la Secretaría de Salud del Estado, son de origen federal y deben ser aplicados conforme a los lineamientos y metas marcadas. Enseguida veremos algunos aspectos de las acciones que en específico llevan a cabo en el estado, y en el siguiente apartado se verá lo relativo al presupuesto.

Una de las cuestiones a destacar del programa estatal, es que su marco de acción es limitado en virtud de que la Secretaría de Salud sólo atiende al 38.1% de las mujeres bajacalifornianas, que son aquellas que no cuentan con seguridad social o que cuentan con Seguro Popular, tal y como se apuntó en el capítulo de condiciones de salud en el estado (ver cuadro 8). No obstante, en términos de la detección de casos, el ISESALUD reporta menos que otras instituciones.<sup>116</sup>

---

<sup>116</sup> Al respecto, el programa de acción específico cáncer de mama, señala que *la tasa de mortalidad por cáncer de mama en las mujeres que disponían de seguridad social fue de 18.7 por 100 000 mujeres de 25 años de edad y más y de las que no la tenían de 8.2, lo que*

Efectivamente, de acuerdo con datos oficiales, *por institución en 2008 y a nivel estatal, el IMSS notificó el 70.62% de los casos (149), a ISESALUD correspondió el 18.48% (39 casos), el ISSSTE registró cuatro casos (1.9%), el IMSS Oportunidades reportó casos (1.71%) y a otras instituciones le corresponde el 9% con 19 casos.*<sup>117</sup>



FUENTE: Programa Estatal de Salud 2009-2013.

El servicio que el ISESALUD presta para el tamizaje es la promoción de la autoexploración; la clínica, donde en este 2009<sup>118</sup> se reporta haber realizado 31 723; y la mastográfica, donde en este mismo año<sup>119</sup> se habían realizado 6 200 a mujeres entre 50 a 69 años. Es muy importante resaltar el hecho de que ante la inexistencia de un mastógrafo<sup>120</sup> digital en el ISESALUD, la política de servicio que se llevado a cabo desde años atrás es la de la subrogación, consistente en que sólo a las mujeres de 50 a 69 años de edad que se les prescribe la mastografía en los servicios del Instituto, se le otorga un vale para

---

*significa un riesgo 2.3 veces más de morir en las aseguradas. Este mayor riesgo en derechohabientes puede ser debido a una mejor condición socioeconómica, diferencias en la conducta reproductiva y mejor certificación de las defunciones.*

<sup>117</sup> Programa Estatal de Salud, *op. cit.*

<sup>118</sup> Fecha de corte 29 de octubre de 2009.

<sup>119</sup> Fecha de corte 10 de diciembre de 2009.

<sup>120</sup> Existen algunos mastógrafos dentro del Instituto, pero ninguno de ellos es digital, por lo que sus resultados no arrojan información concluyentes para la valoración, así como se da el hecho de que varios no funcionan. Entrevista con servidoras públicas vinculadas al Programa de Cáncer de Mama en el Estado. Noviembre de 2009.

que se practiquen ese estudio en laboratorios particulares. Si bien esta medida resuelve el problema de la falta de mastógrafo, su inexistencia es una señal de la insuficiente prioridad que tiene este problema de salud, que en el contexto nacional presenta una de las tasas de mortalidad más altas.

Como se detalla en el siguiente apartado, en 2008 se recibieron fondos para adquirir un mastógrafo digital, lo cual permitiría atender directamente una buena proporción de la demanda de tamizaje que recibe desde diversas partes del estado. No obstante que el recurso llegó, a un año de ello aún no se encuentra funcionando el aparato. Vinculado a lo anterior, la lectura de una alta proporción del total de las placas tendría que hacerse en Hermosillo, Sonora, *pues el radiólogo de la institución se vería saturado.*<sup>121</sup> Con base en esto, se puede afirmar que la falta de infraestructura adecuada para realizar pruebas de tamizaje más efectivo, constituye una evidencia de que algunas de las necesidades de las mujeres de Baja California no han sido adecuadamente atendidas por el sector salud. Cabe mencionar que en 2009 se compraron otros dos mastógrafos digitales, los cuales se espera que empiecen a funcionar hasta 2010, entre otras cosas, debido al atraso en la ministración de los fondos federales.

Cabe destacar que a fin de cumplir con las metas que anualmente la federación fija al estado, a partir del envío del recurso etiquetado, en este caso mediante el Seguro Popular, el programa focaliza la realización de mastografías en mujeres entre los 50 y 69 años de edad. Por ejemplo, en 2009 la meta comprometida con Seguro Popular es de 9 000 de las cuales se han realizado 6 200. El cumplir esa meta en los términos en los que le fija la federación, hace que el estado no pueda sufragar los gastos de las mujeres que no se encuentran en ese rango de edad, por lo que cada una de ellas debe pagarlo, a menos que cuente con Seguro Popular.

Esta situación muestra que pese a que el programa federal plantea fomentar el acceso a los servicios de salud de cáncer de mama, mediante la gratuidad de

---

<sup>121</sup> *Ibid.*

la atención en mujeres sin seguridad social (estrategia cinco), en los hechos en Baja California eso no sucede, pues el costo del tamizaje por mastografía de aquellas mujeres que no cuentan con seguridad social, deben asumirlo las propias mujeres.

Una omisión derivada del diseño del programa, y que se concreta en una práctica de inequidad de género hacia los hombres en los servicios de salud, consiste en que no se sufraga ningún tipo de servicio médico relacionado con el cáncer de mama en hombres, a quienes se atiende mediante el programa de cáncer de próstata, ya que el programa aquí analizado se opera en el estado bajo estrategias comunes con el de cáncer cérvico uterino como *Programa de la Mujer*; en tanto que el de cáncer de próstata no opera bajo estrategias conjuntas con el de mama en hombres.<sup>122</sup>

Resta analizar dos aspectos fundamentales de la operación, que muestran las limitaciones del Programa al no tener una perspectiva de género en su fundamentación. El primero consiste en que pese a la consideración de que son bajas las metas de cobertura (en 2008: 5 317 mastografías en mujeres de 50 a 69 años y 25 943 exploraciones clínicas en mujeres de 25 y más años), el hecho es que cumplirlas implica muchos esfuerzos. Entre los factores a los que se debe, destaca que las mujeres en general son reticentes a que se les realice cualquier tipo de exploración de mamas. En una parte, debido a valores y prejuicios que encarnan y que no les permite descubrir su cuerpo ante el personal médico, sobre todo, aunque no exclusivamente, ante los varones. Al respecto, el personal de salud entrevistado opinó que *es un tema muy delicado, porque cuando la paciente te llega por algún problema mamario, es porque hay algo que le está preocupando (dolor, una bolita, etc.). Y a veces quieren que les recetes algo y no un diagnóstico. Por un lado, es miedo y el temor que no las deja ir a hacerse una mamografía, por no querer saber lo que tienen; pero por otro lado, yo digo que es cultural. Porque antes les inculcaban que nadie tenía que tocarles los pechos. Entonces ellas son muy celosas de eso, es más, ni ellas se los tocan.*

---

<sup>122</sup> Entrevista con servidoras públicas del Programa, noviembre de 2009.

Pero por otra parte, están los protocolos médicos, la información que se maneja a nivel institucional y las actuaciones del personal médico, que en conjunto no cuentan con las capacidades óptimas para dar confianza, certeza y lograr el involucramiento de las mujeres en el cuidado de su salud y su cuerpo. Al respecto, el personal de salud entrevistado señaló: *al principio tuvimos mucho el problema de que acusaban a los médicos de que querían abusar de ellas, porque ellas iban porque les dolía la garganta y el médico les pedía que se descubriera. Y no era eso. De ahí se decidió informar a la paciente como su atención era parte de una consulta integral, y de lo que se le tenía que hacer. Y bueno, de alguna forma se le presiona a la paciente cuando se le pide que firme que acepta o no acepta haberse los estudios. Pero sí es importante una campaña que les explique qué y porqué se les tiene que hacer.*

Como se observa, es una situación que no obedece al mal funcionamiento institucional o a una mala práctica médica, que fuera poco frecuente. Por el contrario, resulta un hecho común derivado de la aplicación rutinaria de la práctica institucional, por lo que no está en la capacidad o voluntad de los actores institucionales resolverlo si no es que reciben un apoyo, interno o externo, en sensibilización y capacitación que se oriente a entender las necesidades y motivaciones de la paciente, para saber cómo incidir en ellas. Así como no es tarea sencilla adecuar los procesos institucionales a fin de que sea parte del protocolo de atención interactuar con mujeres con plenos derechos y autonomía sobre su cuerpo.

El otro problema que se detectó en la investigación realizada en campo, es que en general el personal de salud vinculada al programa no desempeña las funciones de consejería, las cuales resultan fundamentales en el involucramiento con la paciente. En la práctica los y las doctoras, enfermeras, trabajadoras sociales, realizan pocas acciones de consejería, pero en general lo hacen sin preparación y sólo en las fases de la atención en las que les corresponde intervenir. Al respecto, el personal operativo comentó que *hay enfermeras que vienen y brindan apoyo, pero no hay una figura como tal de consejería. La consejería se le va dando de acuerdo a la etapa que va*

*pasando. El oncólogo, le va diciendo cuál es el proceso. Y ya la consejería con psicólogos es externa. La función de consejería se lleva a cabo por parte de organizaciones civiles,<sup>123</sup> aunque esto último no siempre en acuerdo con las instituciones, sólo se da como apoyo psicológico externo y el costo de la misma corre por cuenta de mujer. Al respecto, es importante que se considere dar cumplimiento la propuesta contenida en el programa de acción<sup>124</sup>, en el sentido de crear la figura de consejería encarnada en enfermeras (*sic*). Lo cual no obsta para que cada uno de los y las profesionales también involucrados en la atención del cáncer de mama reciban capacitación para desarrollar esas funciones en las etapas del proceso que les corresponda.*

### **Presupuestación**

En relación al proceso de presupuestación que lleva a cabo el programa, pese a que desde 1997 el Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California es por decreto del Ejecutivo Estatal un Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública del Estado, con personalidad jurídica y patrimonio propio, en el marco legal estatal en materia presupuestaria se establece que ésta se lleva a cabo con base en los lineamientos que determina la Secretaría de Planeación y Finanzas del Gobierno del Estado, que es la instancia normativa en la cuestión.

En este apartado se retoma el diagnóstico realizado por esta Consultoría respecto de la incorporación de la perspectiva de género en el sector administración del gobierno del estado. Específicamente en el capítulo 2, denominado “La incorporación de la perspectiva de género en la política fiscal” de manera resumida ahí se señala que la Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público del Estado de Baja California; la Ley de Ingresos del Estado de Baja California para el ejercicio fiscal 2009; el Presupuesto de Egresos del

---

<sup>123</sup> Entrevista con personal de salud vinculado al programa.

<sup>124</sup> Como parte de *los principios y puntos fundamentales que han sido consensuados en los Lineamientos Europeos para la Garantía de la Calidad en el Tamizaje y el Diagnóstico del Cáncer de Mama*, se encuentra que *todas las unidades implicadas en actividades de tamizaje, diagnóstico o tratamiento deben asegurar la formación del personal multidisciplinario apropiado que incluye: radiólogo, técnico radiólogo, patólogo, oncólogo cirujano, enfermera con formación en consejería, oncólogo médico o radioterapeuta*. Ver Programa de Acción..., p. 14

Estado de Baja California para el ejercicio fiscal 2009; la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Baja California; los Lineamientos para la Programación y Presupuestación del Gasto Público del Ejercicio Fiscal 2010; y los Programas de inversión y gasto que acompañan al POA global, no contienen la perspectiva de género, de tal modo que no prescriben que el presupuesto público del que disponen las dependencias y entidades de la administración pública del gobierno del estado orienten a atender necesidades específicas de las mujeres y hombres, como tampoco contemplan promover o dirigir la acción institucional hacia alguno de los objetivos de género analizados en este diagnóstico.

Además de esas disposiciones generales, no existen lineamientos específicos dentro del ISESALUD que planteen la incorporación de la perspectiva de género en el programa. Pero además, dado el hecho de que la mayor parte de su presupuesto es de origen federal y mediante convenio se compromete a cumplir con las metas trazadas, es que la presupuestación del mismo debe seguir el mismo esquema federal.

En el caso del Seguro Popular, como se observa en el apartado en el que se analiza ese programa, éste no tiene criterios de género integrados a su presupuestación. Tratando de ubicar si se hace un uso eficiente del recurso presupuestado a favor de las mujeres, en el caso del Seguro Popular en 2008 se transfirieron 2 millones 347 mil pesos, lo constituye el presupuesto que el Seguro Popular transfiere al gobierno del estado para que se cubran los gastos de servicios médicos en todas las fases de atención, además de que de ese presupuesto se sufragaron las más de 5 mil mastografías que se practicaron mediante el mecanismo de subrogación antes señalado. El problema es que el recurso fue transferido con bastante retraso, situación que obligó a que el programa retrasara el inicio de las mastografías, con el consecuente daño a la salud de las mujeres.<sup>125</sup>

---

<sup>125</sup> Lo mismo sucedió en 2009, año en el que el retraso se extendió hasta el mes de agosto con el consecuente atraso en el inicio de mastografías.

En el caso de la Coordinación de Equidad de Género y Salud Reproductiva, en 2008 la nueva administración estatal programó comprar un mastógrafo digital con cargo a los fondos federales que le fueron transferidos por esa dependencia.<sup>126</sup> El costo del mismo fue de 476 mil pesos y se programó la compra de insumos necesarios para su funcionamiento por un costo de 116 mil pesos, lo que sumó el total de fondos federales recibidos en ese año: 592 mil pesos, suma que resulta a todas luces insuficiente para apoyar el combate a este mal en una entidad con una de las tasas de mortalidad más altas del país.<sup>127</sup>

Y en el caso del programa de cáncer de mama federal, como se ha analizado, la incorporación de la perspectiva de género es marginal en sus bases programáticas. Hablando de la etapa de la presupuestación, sucede lo mismo, pues por ejemplo los recursos que transfirió para 2008 a Baja California, comprometen acciones en donde no se encuentra señalado algún componente de la perspectiva de género, pues por una lado hay metas de resultado orientadas a capacitar personal, aunque en manejo médico de los procedimientos, y por otro lado hay una meta dirigida a ampliar la cobertura del programa, lo cual plantea en una proporción bastante modesta, como para considerar de alto impacto en beneficio de las mujeres, lo cual lleve a superar la exclusión de la que se habló anteriormente.<sup>128</sup>

## Seguimiento y evaluación

Respecto del seguimiento y la evaluación, para fines de este diagnóstico se tomarán como referencia los indicadores señalados en el programa federal, los

---

<sup>126</sup> *Periódico Oficial del Estado de Baja California*, 14 de noviembre de 2008,

<sup>127</sup> Es menos a la milésima parte de lo que recibió ese mismo año la citada Coordinación, que fue de 733 millones de pesos. Una expresión de cómo el manejo presupuestal refleja la poca prioridad que tiene el Programa, es que habiéndose firmado el Convenio respectivo en Mayo de 2008, el recurso se entregó al ISESALUD hasta noviembre del mismo año.

<sup>128</sup> En 2008 las metas plantean realizar tamisaje mastográfico al 10.5% de las bajacalifornianas entre 50 y 69 años de edad. En 2009 la meta es 14% de ese mismo grupo poblacional. Lo cual está bastante alejado de llegar a la meta sexenal del gobierno del estado de tener cobertura en el 60% de ese grupo de edad de mujeres.

cuales son referencia obligada para que en Baja California se evalúen las acciones desarrolladas a nivel local.<sup>129</sup>

Como ya señaló, uno de los objetivos específicos del programa pretende *consolidar el sistema de información para el monitoreo, evaluación y vigilancia epidemiológica, con el fin de disponer de información confiable y sistemática para la mejora continua del programa, el aseguramiento de la calidad y la rendición de cuentas en su mayoría dan cuenta del cumplimiento*. Para su consecución, el programa plantea desarrollar la siguiente estrategia: *monitorear y evaluar de manera continua y sistemática las acciones de detección y atención para la mejora continua del programa*. Entre las acciones que se propone desarrollar destaca la de *consolidar el monitoreo y la evaluación sistemática de la atención integral a través de indicadores de proceso y resultado*. El análisis que sigue se basará en las metas establecidas y en los indicadores planteados para monitorear y evaluar los avances, a fin de dilucidar si contemplan aspectos estratégicos de la perspectiva de género.

Las metas de cobertura que se plantea el programa buscan incrementar el número de mujeres con tamizaje. En un caso de tipo clínico, donde se espera en 2012 alcanzar el 35% de las mujeres de 25 años y más; y en el caso de tipo mastográfico, la meta es incrementar al 21.6% en mujeres de 50 a 69 años. Como se ha señalado, estas metas no significan un cambio significativo en la atención de la enfermedad, de modo que perdurarán las condiciones de exclusión del goce del derecho a la salud, de grandes sectores de mujeres por la falta de acción de parte del gobierno. Los indicadores se plantean medir el incremento paulatino de la cobertura, por lo que no incluyen alguna dimensión de género.

---

<sup>129</sup> Al respecto, las servidoras públicas entrevistadas en noviembre de 2009 señalaron: *el gobierno federal elabora sus programas y nosotros apegados a eso hacemos los nuestros. "A nosotros, ellos nos están verificando metas y nos están evaluando. Tenemos indicadores de excelencia y en base a ellos se va viendo cómo va. Y ellos nos evalúan por estado*.

Las metas de proceso sólo atienden a cuestiones de mejora de los procedimientos de interpretación de los tamizajes en términos técnicos, por lo que no incluyen ninguna dimensión de género.

En cuanto a la meta de impacto, ésta se fija mantener por debajo del 17.5 la tasa de mortalidad por cada 100 mil mujeres por cáncer de mama. Cuestión que se plantea de bajo impacto, dado que se espera que hasta el 2012<sup>130</sup> la tasa siga creciendo, en otros términos que miles de mujeres mueran, aunque se espera que no sean tantas. Destaca que para esta meta no exista planteado algún indicador para medir este impacto; si hay otros que buscan monitorear la oportunidad, la coordinación, la cobertura de notificación y otros adecuados para vigilar el cumplimiento de los procesos, los cuales se busca hacer más eficientes y eficaces, lo que seguramente incidirá en detección y tratamiento oportunos, no obstante, ello aun será poco en la perspectiva de las muchas mujeres que no podrán recibir a tiempo y con la calidad debida los servicios. Pero en general no existe un indicador relativo a medir la calidad o el impacto de los servicios a partir de promover aspectos acciones significativas desde la perspectiva de género.

Es importante señalar que existen acciones de seguimiento y evaluación externas al programa que se dan por parte de la Secretaría de Salud, a la cual está sectorizado el Instituto de Psiquiatría. Al respecto, la titular de la Unidad de Seguimiento y Evaluación de dicha Secretaría, plantea que *existe un proceso de evaluación periódica tanto de la política estatal como de lo estratégico contemplado en el Plan Estatal de Desarrollo. Esto se hace a través de una evaluación trimestral a través de un seguimiento de los principales indicadores,*<sup>131</sup> en este caso, los que se fijaron a nivel estatal, que derivan de los planteados en el programa federal, que fueron los anteriormente analizados.

---

<sup>130</sup> Las tasas de mortalidad esperadas son 2009-17.6; 2010-17.9; 2011-17.1; y 2012-17.5.

<sup>131</sup> Entrevista realizada con una funcionaria del ISESALUD, noviembre de 2009.

No existe a nivel estatal una dependencia externa de gobierno que tenga como cometido esencial llevar a cabo una evaluación de la acción institucional a partir de indicadores que se diseñen *ex profeso* para ello. De acuerdo con la Secretaría, esa es una de las tareas que deberá enfrentar el Consejo de Salud Estatal, recientemente instaurado por ley y en donde la función de evaluación tiene un lugar estratégico.<sup>132</sup> Al respecto, sería importante que ese Consejo fijara metodologías de evaluación con perspectiva de género a todos los servicios de salud, las cuales se incluyeran indicadores que den cuenta del impacto de la acción institucional en la transformación de las relaciones de desigualdad, inequidad, opresión y violencia que padecen las mujeres.

### Coordinación de acciones

El programa lleva a cabo acciones de coordinación sobre todo con su similar a nivel federal, al cual debe reportar trimestralmente sobre las acciones comprometidas por el financiamiento recibido.

Con otras instituciones de salud que atienden el mismo problema en el estado pero que lo hacen bajo sus propias normas, como las federales IMSS e ISSSTE, e incluso con el ISSSTECALI, no hay coordinación. Un ejemplo de ello es que todas esas instancias *aplican el programa nacional, pero por ejemplo nosotros sí hacemos campaña y ellos no, no batallan por que tienen población cautiva y nosotros no; además de que cada quién atiende a su población. Sólo con Seguro Popular, se tiene coordinación administrativa por servicios subrogados y para las campañas.*<sup>133</sup>

La coordinación que se tiene con los municipios consiste en la notificación de casos y en la suma de esfuerzos para impulsar acciones como las campañas de información.

---

<sup>132</sup> *Lo vemos como un organismo estratégico en cuanto a evaluar los resultados e identificar las desviaciones que pudiéramos estar teniendo en el camino, para tomar las decisiones en cuanto a los ajuste de una manera más oportuna y con la participación de todas las instituciones del sector tanto federales como estatales, así como los ONG que por el giro tienen un impacto importante en la salud.*

<sup>133</sup> Entrevista con servidoras públicas del programa, noviembre de 2009.

Como se puede apreciar, en general la coordinación está centrada en realizar acciones de difusión, donde los contenidos son definidos a nivel federal, que es quien paga buena parte de la mismas, por lo que el papel del programa es servir de medio para hacer que la información se extienda.

Pero aparte de los contenidos de las campañas definidas a nivel federal, no existen acciones con componentes que sean significativos desde la óptica de género. Las campañas a veces pueden contener mensajes que busquen combatir tabúes y en general valores adversos a que las mujeres se autoexploren o acudan a una unidad de salud para que les realicen una exploración clínica, por lo cual son relevantes para combatir los estereotipos de género. Pero por la forma en que son instrumentadas, donde el programa federal solo involucra a las instancias estatales como repetidoras y difusoras del mensaje, sin una sensibilización o capacitación de por medio, el impacto pierde potencial tanto con la población en general, como a lo interno de las propias unidades de salud.<sup>134</sup>

La coordinación con el Instituto de la Mujer básicamente ha consistido en reforzar las campañas que se emprenden en el estado y además canalizar a mujeres a los servicios de salud para que se realicen el tamizaje. Fuera de eso, no ha habido nada más.

## Capacitación

La capacitación que se ha recibido en 2009 se orienta a que los médicos se instruyan sobre cómo realizar la exploración clínica y como enseñar a las pacientes la autoexploración, acción que se contempla dentro del programa federal. Como se ha comentado en el apartado sobre el diseño del programa,

---

<sup>134</sup> En opinión de las servidoras públicas entrevistadas, *es insuficiente lanzar una sola campaña en octubre de cada año, y sin contenidos locales. Las cifras de tamizaje aumentan en los meses que siguen a la campaña, pero disminuyen sensiblemente el resto del año.*

dicha capacitación no contempla la inclusión de contenidos con perspectiva de género.<sup>135</sup>

Aparte de esta capacitación el personal del programa y en general el personal médico que atiende los servicios en Unidades Médicas de todo nivel, nunca han recibido alguna capacitación sobre género.<sup>136</sup>

Cabe señalar que ninguna persona vinculada al programa participó en los talleres y el diplomado impartido en Mexicali a instancias del Instituto de la Mujer, decisión que no recayó en la coordinación del mismo, sino en instancias directivas de la Secretaría de Salud.

En razón de lo anterior, ante la importancia de fortalecer el programa de cara a la importante misión que está obligado a cumplir, se considera que debe promoverse que su personal sea incluido en las capacitaciones que sobre temas de género impulsa el Instituto de la Mujer. De hecho, un apoyo fundamental en ese sentido sería que la propia Secretaría, con el apoyo del Instituto de la Mujer, emprendiera su propio programa de incorporación de la perspectiva de género en salud.

## Organización institucional

El Programa no cuenta en su ámbito interno con alguna área que se encargue de diseñar y promover la incorporación de la perspectiva de género. Y si bien el ISESALUD cuenta formalmente con el departamento de salud reproductiva y

---

<sup>135</sup> Al respecto cabe destacar la opinión de una de las servidoras públicas del programa entrevistada en noviembre de 2009: *a los médicos se les da una o dos capacitaciones al año a la mayoría. Pero seguimos teniendo la problemática de que las mujeres no aceptan realizarse la exploración.* Cuestión que, como se ha observado, resulta clave para alcanzar mejores resultados en la detección y tratamiento del cáncer de mama. De ahí la importancia de incorporar la perspectiva de género en la formación y capacitación.

<sup>136</sup> Opinión de las y los servidores públicos del Programa y de los servicios de salud vinculados al cáncer de mama. Entrevistas realizadas en noviembre de 2009.

equidad de género, este en realidad no desempeña funciones en donde se aborde la perspectiva o equidad de género, pues de hecho su nombre solo obedece a la necesidad de estar acorde al nombre que tiene el departamento de salud reproductiva y equidad de género a nivel nacional.<sup>137</sup>

En el caso del programa federal, como se señaló con anterioridad, se encuentra enmarcado en el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, no obstante lo cual los contenidos de género del programa aun no han permeado. A partir de lo planteado en este diagnóstico, se considera que se debe promover en el marco del programa federal la necesaria profundización de la incorporación de dicho enfoque en los objetivos, métodos, estrategias, acciones, procedimientos, metas e indicadores del programa de acción.

#### **d) Prevención y atención del VIH**

El VIH<sup>138</sup> es un problema mundial de salud en el que concurren asuntos relativos a los derechos humanos y al desarrollo social. Para 2007, alrededor de 33 millones de personas vivían con VIH en el mundo; 2,7 millones contrajeron el virus en ese año y otros dos millones fallecieron por causas relacionadas con el VIH.

Las tendencias a nivel mundial y regional de la pandemia del VIH-sida muestran algunos patrones generales de contagio, que permiten ubicar a las poblaciones de mayor riesgo: hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, personas que utilizan drogas inyectadas, profesionales del sexo y sus parejas sexuales<sup>139</sup>.

---

<sup>137</sup> Entrevista con funcionaria del ISESALUD, noviembre de 2009.

<sup>138</sup> Las siglas VIH refieren al Virus de la Inmunodeficiencia Humana. El sida es un término de vigilancia epidemiológica que define un síndrome de infecciones oportunistas que pueden desarrollarse cuando se acentúa la inmunosupresión y se desencadena el proceso continuo de la infección por el VIH, pasando de infección primaria a la muerte (ONUSIDA, 2007).

<sup>139</sup> Programa de Acción Específico 2007-20012. En respuesta al VIH-sida e ITS. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. México, 2008.

La infección del VIH provoca un abatimiento progresivo del estado físico, que puede ser mitigado a través de una atención adecuada y de la medicación apropiada. A diferencia de otras enfermedades, en el caso particular del VIH existen una serie de agravantes vinculados estrechamente con la discriminación y la estigmatización asociadas a los grupos de riesgo – específicamente las personas homosexuales, transexuales, transgénero, en situación de calle – que afectan directamente la disposición, calidad y oportunidad de los servicios de salud.

Así, se sabe que la transmisión del VIH-sida se vincula básicamente a algunas prácticas sexuales de riesgo, pero a este factor se suman las percepciones culturales dominantes respecto a las preferencias sexuales. Así, *la percepción del riesgo de infección está influida por la identidad y los estereotipos de género y el acceso y utilización de métodos de prevención y servicios de salud está también influido por los roles y relaciones de género.*<sup>140</sup> También está asociada a *la anatomía y funcionamiento de los genitales porque establece vulnerabilidades diferentes a la infección para mujeres y hombres.*

Según el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, en el continente americano, Estados Unidos, Brasil y México registran la mayor cantidad de casos de sida notificados.<sup>141</sup> Hasta la fecha, en México la infección ha afectado de manera mayoritaria a hombres en edad productiva, solamente 17% de los casos reportados son mujeres y 2.4% niñas o niños menores de 15 años de edad.

El estado de Baja California registró, entre 1995 y 2007, uno de cada 20 casos de VIH en el país, con una incidencia que duplicaba el promedio nacional. En 2008 el sida fue la doceava causa general de muerte (la novena para hombres y la treceava en mujeres) en el estado, provocando 276 defunciones, 1.94% del total de muertes de ese año. La tasa de mortalidad por VIH en Baja California

---

<sup>140</sup> Presentación: Necesidades estadísticas sobre VIH-sida desde la perspectiva de género. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. 30 de septiembre, 2008

<sup>141</sup> *Ibidem.*

fue de 8.66 por cada cien mil habitantes (3.32 para mujeres y de 13.81 en hombres).<sup>142</sup>

### **Marco normativo**

Uno de los instrumentos normativos para abordar la temática del VIH-sida es la NOM -0-10-SSA2 1993 para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. Fue publicada el 17 de enero de 1995 y modificada el 21 de junio de 2000. El objetivo de esta norma es actualizar y uniformar los principios y criterios de operación de los componentes del Sistema Nacional de Salud, respecto a las actividades relacionadas con la prevención y control de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Esta Norma no establece objetivos de igualdad de género para la población beneficiaria ni mecanismos de coordinación que permitan la incorporación de esta perspectiva.

En algunos apartados la norma utiliza lenguaje inclusivo, por ejemplo, cuando se menciona a la población en riesgo de contraer el virus o enfermedad, por tener prácticas sexuales sin protección o cuando menciona a aquellas personas que padecen alguna infección de transmisión sexual o a usuarios y usuarias de drogas vía intravenosa. En otras secciones se recurre a un lenguaje con pretensiones de neutralidad que invisibiliza a las mujeres: adolescentes, niños, hijos, enfermo.

Cabe señalar que en el numeral 5.4, inciso c, la norma sugiere capacitar al personal de salud con el objeto de sensibilizar y mejorar la atención de las personas con VIH-sida. Argumenta la importancia de la sensibilización y profesionalización del personal de salud para brindar un mejor servicio a las personas que son portadoras del virus y a las que padecen la enfermedad. Sin embargo, para esa sensibilización no se incluye la temática de la perspectiva de género, no se realiza una problematización del padecimiento en sus relaciones con las percepciones y desigualdades de género, ni se plantea

---

<sup>142</sup> Datos proporcionados por el Departamento de Epidemiología del ISESALUD, Baja California, 2008.

cómo pueden ser abordadas por el personal de salud. En contraste, cuando se toca en el numeral 5.5.6 la necesidad de que personal de salud promueva el uso de condones en las prácticas sexuales coitales, sí se menciona a la población femenina y masculina.

La división equitativa del trabajo, así como de otros objetivos de equidad como: ambiente libre de violencia; conciliación de los ámbitos laboral y familiar y erradicación de los estereotipos de género tradicionales, no son considerados en la norma.

La ausencia de referencias a la promoción de la no violencia es particularmente grave, pues quienes portan el virus o han desarrollado el VIH son potenciales víctimas de actos de violencia y discriminación, incluso en la propia atención médica.

Debe tenerse muy presente que la vía sexual es una de las formas de contagio más frecuentes y que, adicionalmente, es un padecimiento asociado con las prácticas homosexuales que son fuertemente estigmatizadas en nuestro país. Así, en el caso de las mujeres que viven con VIH corren el riesgo de ser marginadas, discriminadas y/o violentadas no sólo por ser portadoras de la enfermedad, sino también por su género, pues se estigmatizan asociándolas a prácticas sexuales sancionadas desde estereotipos de género. En el caso de los varones, la presunción de una orientación sexual no heterosexual de entrada les hace víctimas de la homofobia. A todo ello se suman los prejuicios y temores sociales respecto a las formas de contagio, que incrementan de manera notable las posibilidades de discriminación, estigma y rechazo.

La norma incluye medidas de prevención de la infección del VIH: *la prevención de la infección por VIH se debe llevar a cabo por los órganos competentes, a través de la educación para la salud, la promoción de la salud y la participación social, orientando sus actividades a formar conciencia y autorresponsabilidad entre individuos, familias y grupos sociales, con el propósito de que colaboren activamente en el cuidado de la salud y en el control de la infección.* Sin

embargo, las medidas son de información, educación, orientación, promoción, sensibilización y de fomento de la participación social; respecto a la magnitud de la enfermedad, los mecanismos de transmisión, las medidas preventivas, la necesidad de la atención médica y las prácticas que reducen los riesgos de transmisión para el personal de salud, pero no aborda las condiciones de estigmatización que padecen las y los portadores del VIH.

Así, la norma omite aludir a los prejuicios respecto a la enfermedad, las formas de contagio y las personas portadoras. De hecho, en muchos casos las propias personas portadoras del VIH ocultan tal condición por temor al rechazo social, el estigma y la discriminación<sup>143</sup>.

A los temores y estigmas vinculados con las conductas o preferencia sexual de muchas de las personas contagiadas, se suma la prevalencia de la idea de que se trata de un padecimiento de alta mortalidad, que solamente cuenta con tratamientos paliativos y que se transmite por contacto sexual. En este mismo sentido, la norma establece medidas de prevención del contagio del VIH con todas sus particularidades, pero no se considera el contexto social del padecimiento, el cual implica prejuicios y medidas de discriminación, estigma y violencia hacia quienes la padecen. Ello puede derivar en ineficacia en la aplicación de las medidas de prevención, pues no tomar en cuenta un contexto social altamente adverso es una omisión grave.

El gobierno del estado de Baja California debe abordar el contexto social en que se propaga el VIH para subsanar estas carencias de la norma. En general, los actos de discriminación a mujeres y hombres que viven con VIH, encuentran en el ámbito laboral una expresión peculiar, pues el miedo infundado al contagio es el pretexto para despidos injustificados o pruebas ilegales para comprobar que las y los trabajadores activos o los solicitantes de empleo no son portadores del virus. Estas acciones ilegales dificultan las medidas de prevención del contagio, pues propicia que las personas

---

<sup>143</sup> Para más información al respecto, se pueden consultar los testimonios que se encuentran en el Informe especial sobre el derecho a la salud de las personas que viven con VIH en el Distrito Federal, que elaboró en 2008 la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal.

portadoras oculten su situación a fin de evitar la discriminación descrita, el riesgo de perder el empleo o no ser contratadas. También minan la capacidad económica de las mujeres y hombres portadores. Ello se agrava tomando en cuenta que la atención del padecimiento demanda fuertes gastos suplementarios a pesar de la atención que brinda el Sistema Nacional de Salud.

La persona portadora de VIH-sida vive también un acelerado deterioro de su capital social y familiar que le permitiría, en caso de adquirir una enfermedad oportunista, enfrentar en mejores condiciones su situación.

De suerte que un contexto social más tolerante y respetuoso, fincado en una cultura de derecho, permitiría, al menos, no agregar complicaciones a las propias del proceso de inmunodeficiencia adquirida.

Esta ausencia se da a pesar de que la norma para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana se expidió en 1993 y fue modificada en el 2000 (*para facilitar su interpretación y fortalecer su contenido en aquellas acciones que procuran un especial tratamiento de esta enfermedad*).

Es sin duda una ardua tarea para el gobierno de Baja California el abordar esta temática considerando los aspectos ya señalados e incluyendo la perspectiva de género.

Otra de las NOM aborda la temática del VIH e ITS, es la 039-SSA2-2002 para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual, publicada el 19 de septiembre de 2003 y no ha tenido modificación alguna. El objetivo y campo de aplicación es establecer y uniformar los procedimientos y criterios de operación de los componentes del Sistema Nacional de Salud, para la prevención y el control de las ITS. Es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para el personal médico y paramédico de los sectores público, social y privado que preste servicios relacionados con la prevención, tratamiento y control de las infecciones de transmisión sexual.

La norma no establece mecanismos de coordinación interinstitucional que garanticen la equidad de género. Sólo instituye la coordinación para el logro de “estilo saludables” entre la población. Al calce de los siguientes numerales:

*5.1.3 En materia de participación social, el personal de salud debe:*

*5.1.3.1 Promover la participación de la población, las autoridades locales, las instituciones públicas y del sector social y privado para estimular la adopción de estilos saludables como: mecanismos de transmisión de las ITS, diagnóstico, tratamiento oportuno y su prevención.*

*5.1.4 En materia de comunicación educativa el personal de salud debe:*

*5.1.4.1 Promover la vinculación y participación de los profesionales de la comunicación para que junto con los diversos medios de comunicación asuman el compromiso de informar en forma permanente a la población en general sobre el tema de ITS, su mecanismo de transmisión y las alternativas de prevención y control precisadas en esta norma oficial.*

El contenido de la NOM no retoma el lenguaje inclusivo, sino que utiliza un lenguaje con términos como: pacientes, niños, población en general, adolescentes. Sólo en la parte introductoria se hace mención a hombres, mujeres, niñas y niños.

Se puede observar en la definición de grupos vulnerables (numeral 3.1.10), el reconocimiento de un efecto diferenciado de las ITS en hombres y mujeres, aunque ello en razón a su adscripción a grupos potencialmente más amenazados por vivir *al margen del sistema*. Es de destacar que esta consideración es poco precisa y se presta para la confusión. Las poblaciones en riesgo de contraer el VIH no se encuentran al margen del sistema, sino que viven una condición de discriminación y rechazo asociada a su preferencia sexual y su estilo de vida.

Por otra parte, en el numeral 6.2 se sugiere que: *la vigilancia epidemiológica de las ITS debe realizarse considerando tanto las necesidades de prevención y*

*protección en la salud de las enfermedades transmisibles, como el respeto a la dignidad de los afectados, que comprende su derecho a: servicios de calidad, confidencialidad, privacidad y un trato equitativo y no discriminatorio, actitud que debe promoverse entre el personal que labora en las instituciones de salud.* Con ello, la norma cumple con los estándares internacionales respecto al derecho a la salud de las personas que viven con VIH. Sin embargo, es necesario precisar en los esfuerzos para lograr hacer efectivo el cumplimiento de estos derechos.

Si hablamos de objetivos de equidad como la división sexual del trabajo y ambiente libre de violencia, éstos no se consideran en el contenido de la NOM. Tampoco, la armonía entre los ámbitos laboral y familiar. Siendo asequible la incorporación de estos ámbitos y su armonía las cuales repercutirán indudablemente en una mejor salud mental y física del contagiado/a y potencialmente en la estabilidad de los hijos o familiares.

En lo que toca a la erradicación de estereotipos de género tradicionales, tampoco se abordan en el contenido. En el caso particular de la población con ITS sobra decir que existe mayor estigmatización y estereotipos hacia la población femenina y hacia la homosexual.

Por ello, la importancia del diseño e implementación de políticas públicas en materia de salud que contribuyan a la erradicación de estereotipos de género.

### **Diagnóstico del programa**

El tema central del programa son las acciones específicas en respuesta al Virus de Inmunodeficiencia Humana e Infecciones de Transmisión Sexual.

A pesar que diagnóstico parte de una referencia general sobre el problema del VIH-sida y las ITS en México, aseverando que éste es un país con epidemia concentrada; es decir, no propagada socialmente, la distinción que se hace de las cifras por sexo no deviene en ningún tipo de análisis.

Así, al explicar que con epidemia concentrada refiere a que tiene *prevalencias de VIH elevadas en grupos clave. De acuerdo a las estimaciones del CENSIDA y del Organismo de Naciones Unidas para el sida (ONUSIDA), calculan que en México existen 200 mil personas adultas infectadas por el VIH. En este caso, los hombres que tienen sexo con hombres presentan las tasas más altas con 36.2 casos acumulados por cada mil personas; seguida de hombres usuarios de drogas inyectadas 26.7; hombres trabajadores del sexo comercial 11.3; mujeres trabajadoras del sexo comercial 3.2; hombres heterosexuales 0.7 y mujeres heterosexuales 0.3.*

En efecto, los datos de las tasas de infección no proporcionan mayor información, ni en forma diferenciada ni detallada, por lo que limita la identificación de las desigualdades de género.

Los datos que se llegan a presentar llevan incluso el implícito de que el problema es óptimamente controlado, sobretodo porque el programa considera que México es uno de los países pioneros y modelos en el enfrentamiento de la epidemia, y paradójicamente, en el tratamiento de los datos: *México es pionero en realizar las primeras estimaciones del gasto y flujo del financiamiento en sida que se usan en muchos países. Y ha sido distinguido por la región como Coordinador del Grupo Latinoamericano de Jefes de Programas Nacionales de Sida, de la Junta Directiva del ONUSIDA, o como representante de América Latina y el Caribe ante el Fondo Global de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo.*

El programa de acción específico 2007- 2012, en respuesta al VIH-sida e ITS, está elaborado con base en las aportaciones de la experiencia del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/sida (CENSIDA), del Consejo Nacional para la Prevención y Control del VIH/sida (CONASIDA) y las recomendaciones de la Consulta Nacional VIH, realizado en el 2007 en Guadalajara, Jalisco.

Sin embargo, el diagnóstico de este programa no identifica las desigualdades entre mujeres y hombres en torno al problema del VIH y las ITS, porque a pesar de reconocer limitaciones en las acciones llevadas en la administración federal 2000-2006, su balance es que el problema está controlado. Así, las acciones que establece el programa de acción específico 2007- 2012 tienden a asumir un sentido poco radical, enfocado principalmente a sensibilizar y promover el uso del condón

Si el diagnóstico contara con un enfoque de género, permitiría asumir una conclusión menos optimista, pues el análisis de la dinámica y las características que esta pandemia presenta en México, afecta de manera diferenciada a mujeres y hombres lo cual demuestra las limitación de las acciones y la necesidad de identificar a los grupos más vulnerables.

Adicionalmente, el control de la enfermedad es un proceso vinculado a la investigación médica internacional. En cambio, poco se ha avanzado en el país en lo que refiere a la superación de los prejuicios, rechazo, temor y estigma hacia las personas que viven con VIH.

El diagnóstico es una referencia a las acciones y logros del gobierno anteriores a la formulación del *Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2007-2012*, por tanto, es una referencia de datos en los que se pretende argumentar que pese a los avances en el control del problema, se requiere sostenibilidad y atender permanentemente la acción preventiva.

*En 1998 se llevaron adelante acciones con el objeto de controlar la transmisión perinatal del VIH en mujeres embarazadas. En el sexenio anterior, se incrementó la detección del VIH y la sífilis en mujeres embarazadas, a través de la compra de pruebas de detección por parte del gobierno federal y los gobiernos estatales, así como la capacitación en la materia entre el personal de salud que brinda servicios de atención prenatal. A partir del 2006 se logró financiamiento desde el gobierno federal para proyectos de prevención del VIH. Sin embargo, aún queda*

*mucho por hacer, ya que los indicadores de impacto no aseguran disminución en la prevalencia de VIH en las poblaciones clave, y los niveles de uso en estos grupos debiera ser cercano al 100%, para poder revertir la epidemia. Se debe continuar incrementado el uso de condón de jóvenes. Programa de acceso universal a tratamiento de medicamentos retrovirales.*

De ese modo, no se identifican en el programa las necesidades ni los intereses específicos para hombres y mujeres, es más relevante en cambio, el interés por controlar el problema.

En otros casos se pone mayor atención a las necesidades y requerimientos de los organismos internacionales, dada la globalización del sida, pero incluso en ese nivel se carece de un diagnóstico diferenciado de las poblaciones.

A pesar de que todas las acciones planeadas en el programa y aquellas a las que se hacen referencia, están basados en convenciones internacionales y pretenden respaldar las acciones llevadas adelante en sexenios anteriores, parece ser una política que no parte del reconocimiento del problema desde las personas afectadas, sino de los intereses de los organismos abocados a tratar el problema.

A este respecto, se debe destacar que la comunidad de personas que viven con VIH en México se ha caracterizado por una intensa movilización que ha fructificado, justamente, en la generación de esta normatividad.

Por lo que el diagnóstico basado en las necesidades de la población afectada, podría incluso permitirnos ver la intensidad del problema según los tipos de población afectada: hombres, mujeres, sexoservidores, sexoservidoras, infectados por transfusión, etc. Asimismo, si el programa cuantificara las brechas de género en relación a la problemática, así como las variables más importantes y las causas de las diferencias de género, permitiría plantear estrategias y acciones diferenciadas por género buscando resultados de impacto en ambos.

El diagnóstico en comento señala que las acciones que se han llevado adelante para controlar la propagación del VIH y las ITS, han estado dirigidas a las personas consideradas “clave”, esto es, a quienes padecen la enfermedad. En función de ello se justifica que las acciones han tendido a ser exitosas, lo que habría impactado en la calidad de las personas beneficiadas con las acciones del gobierno:

*Desde 1983, año en que inició esta epidemia, hasta el 15 de noviembre del 2007, se han contabilizado 115 651 casos de sida, de las cuales el 83% son hombres y el 17% son mujeres. Por cada cinco casos acumulados de VIH-sida en hombres se ha observado un caso en mujeres; y en los casos sexuales esta relación se conserva. Las personas de 15 a 44 años de edad constituyen el grupo más afectado con 78.6% de los casos registrados. Sin embargo, las ITS registradas nos muestran diferencias importantes por sexo: la tricomoniasis y el Virus de Papiloma Humano son detectadas comúnmente en mujeres; mientras que el VIH y la hepatitis B, se perciben más en varones. Anualmente, se estiman alrededor de 8 mil nuevos casos de sida; y se tienen registrados entre 3 y 4 mil casos nuevos de VIH, casi 200 mil casos nuevos de ITS, y alrededor de 4 900 defunciones por sida. Actualmente existen más de 39 mil personas en tratamiento antirretroviral en las instituciones del sector público en salud.*

Sin embargo, no se alude a la prevención del contagio, misma que debe incluir la promoción de prácticas sexuales seguras, la difusión de información sobre las formas de contagio, los avances médicos y la drástica disminución en la mortalidad por sida que se ha registrado en los últimos años.

Además, el diagnóstico carece de información más detallada en términos de las desigualdades de género y de éste en función de tópicos como las diferencias de clase, de edad, pertenencia indígena, geográficas, culturales, entre otras. En otras palabras, el tema de la prevención del VIH y las ITS es comprendido como un problema de salud en sentido general, sin aludir a factores fundamentales en este padecimiento, como son las configuraciones de género y percepciones sobre la sexualidad y las prácticas sexuales.

Sin embargo, cuando el programa define sus acciones, *garantizar el desarrollo de estrategias preventivas para las poblaciones con prácticas de riesgo y mayor vulnerabilidad para la adquisición del VIH-sida e ITS: mujeres, jóvenes, hombres que tienen sexo con otros hombres, indígenas, poblaciones móviles, trabajadoras y trabajadores sexuales, usuarios de drogas inyectables y personas privadas de la libertad*, carece de referencias que permitan una intervención más efectiva en tanto no alude a todo el tema de los estereotipos sexuales que indudablemente está fuertemente asociado con los prejuicios sobre esta enfermedad.

La referencia más cercana a lo anterior es la mención de la necesidad de *sensibilizar y mitigar el daño, reforzar la concientización sobre los derechos humanos, el estigma, la discriminación y la homofobia relacionados con la enfermedad y los grupos afectados, a través de diversas estrategias de comunicación, incluyendo medios masivos*.

En lo que hace a objetivos de igualdad como la división equitativa del trabajo y ambiente libre de violencia, no son considerados en la sección de diagnóstico. Al igual que la NOM, esta sección del programa no considera el tema de la violencia de género, lo cual es grave considerando que las mujeres y los hombres portadores del VIH y con el padecimiento del sida son discriminados y rechazados por el estigma en relación a la enfermedad.

En lo referente a los estereotipos de género tradicionales, el diagnóstico que presenta el programa no permite identificar estereotipos. El programa parte de la suposición de que los estereotipos son genéricos y que se reflejan principalmente en la homofobia, pero no se profundiza acerca de otras manifestaciones de estereotipos de género que afectan no solo la calidad de vida de las personas afectadas, sino también el ejercicio de sus derechos y las posibilidades de atención. Por ello se hace alusión al combate de esta y de la discriminación como dos constantes en las relaciones sociales que presentan los portadores(as) o enfermos(as). En este sentido, el diagnóstico asume

que esta es una cuestión no resuelta y que las acciones que planteará deben ir enfocadas también a superar las manifestaciones de discriminación.

Como en el tratamiento de la cuestión del género, la homofobia y la discriminación hacia los homosexuales debe contar con un abordaje específico en el contexto de procesos y políticas que permitan visibilizar las particularidades que como grupo social tienen frente a las ITS y el VIH.

### **Diseño de la política**

*En cuanto al diseño del programa, éste promueve la prevención y el control de la epidemia del sida, mediante políticas públicas, promoción de la salud sexual y otras estrategias basadas en la evidencia para disminuir la transmisión del VIH e ITS y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas, en un marco de respeto a los derechos de toda la población.*

Aunque, mediante acciones específicas el programa se propone atacar el problema de la propagación del VIH y las ITS, concentrándose en los grupos clave, en términos generales no distingue acciones en función de las diferencias de género. Además, dichas acciones no parten de un reconocimiento de la problemática en términos diferenciados, sino en función de acciones que deben estar enfocadas sobre la vía más posible de contagio. Por ende, el diseño del programa no considera las necesidades diferenciadas de hombres y mujeres. En relación a la atención de esas necesidades diferenciadas, el programa establece: *debe estar orientado a ofrecer servicios de circuncisión en hombres adultos, como una medida de prevención frente al VIH, con base en las últimas evidencias y recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). También debe estar orientado a Incrementar la detección oportuna y el tratamiento eficaz del VIH en mujeres embarazadas en atención prenatal.*

Estos objetivos del programa parten de evidencias, no del reconocimiento de las necesidades diferenciadas por género. Por ello, en función de esas

certezas se proponen los objetivos señalados para atender a las poblaciones consideradas en riesgo, en función de sus necesidades.

Una de las principales metas del programa consiste en ofrecer servicios de salud adecuados a las personas infectadas, para mejorar la calidad de vida de las personas enfermas y evitar su pronto deceso. Dicha meta no se encuentra, sin embargo, sustentada explícitamente por una idea de igualdad e inclusión, pues el tema no se encuentra claramente tratado.<sup>144</sup>

Como señalamos, las intenciones por superar y atender con base en las desigualdades de género son inexistentes en el programa. No se definen las desigualdades específicas que se deben atender ni se plantean estrategias para superarlas. Los enfermos(as) con VIH e ITS, son tratados(as), por tanto, en términos genéricos y solamente diferenciados por su vía de contagio.<sup>145</sup> Por tanto, en la medida en que la definición de acciones de prevención de propagación del VIH e ITS se funda en evidencias, las causas del problema no son enfáticamente señaladas. En ese sentido, las acciones tampoco son diseñadas con base en un enfoque de las diferencias de quienes padecen estas enfermedades, entre ellas las de género. Sólo se toman en cuenta *las necesidades de las poblaciones clave, que incluyan acceso a condones, lubricantes pruebas de detección del VIH e ITS, educación sexual, en hombre gay y otros hombres que tienen sexo con hombres; mujeres y hombres trabajadores del sexo comercial y sus clientes; privados de la libertad, población móvil; indígenas.*

Incluso, el programa hace visibles a las mujeres como sujetas de la política, pero sólo aquellas que forman parte de uno de los grupos claves definidos por

---

<sup>144</sup> El programa se propone disminuir el crecimiento y los efectos de la epidemia del VIH-sida y otras ITS en el país, a través del fortalecimiento de la respuesta y la experiencia acumulada de todos los sectores, que permitan el acceso de todas las personas, incluyendo a las poblaciones clave, a servicios de prevención y atención, para incrementar sus capacidades en el auto cuidado de la salud sexual.

<sup>145</sup> El Programa se propone garantizar que las personas con VIH cuenten con oportunidades efectivas para ejercer a plenitud sus derechos constitucionales, con énfasis en su derecho a la salud, en un marco de respeto a su dignidad y a la diversidad sexual. Consolidar e incrementar programas de educación sexual con enfoque de género, e información de diversidad sexual, con el fin de sensibilizar a toda la población.

evidencia: las embarazadas. Es decir, las acciones del programa no son delimitadas de manera transversal, sino como grupo clave.<sup>146</sup> A este respecto es importante señalar que en algunos países el contagio del VIH se ha incrementado entre mujeres heterosexuales, quienes adquieren la enfermedad a través del contacto sexual con su cónyuge. El cónyuge en ocasiones tiene prácticas sexuales con otros hombres, con sexoservidoras o bien, con otras mujeres. Aunque en México aún la proporción de mujeres contagiadas en esta situación no es muy alta, sí es importante tener presente que existe una tendencia de aumento y que la emigración es un factor que facilita el incremento en esta forma de contagio. De tal forma que cobran relevancia acciones encaminadas a entender las conductas sexuales de los hombres y las mujeres en función del género, a fin de impulsar medidas más efectivas en derechos sexuales y reproductivos.

En el sentido de la consideración de los objetivos de equidad, al igual que en el diagnóstico y las acciones del programa, no se considera como factor de entendimiento la división sexual del trabajo. La política está diseñada, por ende, como una política de sentido vertical, que no parte ni siquiera de la consideración del ámbito familiar y laboral como un escenario de conflicto y de generación de desigualdades de género que impacta en la libertad y autonomía de las personas para tomar decisiones asociadas al cuidado de la salud sexual.

En lo que hace a la erradicación de estereotipos tradicionales, el programa no lo considera, está orientado específicamente a lograr un trato adecuado para las y los usuarios, es decir, libre de homofobia y de discriminación. Sin embargo, no explicita los estereotipos masculinidad y la feminidad asociados al ejercicio de la sexualidad y el autocuidado del cuerpo, que indudablemente se vinculan, por una parte, con el estigma, el rechazo y la discriminación hacia las personas seropositivas, y, por otra parte, con la propagación del contagio asociada al desconocimiento y a prácticas sexuales inseguras.

---

<sup>146</sup> *El programa tiene como objetivo Impulsar la detección oportuna y el tratamiento eficaz de las ITS, con especial atención en mujeres embarazadas. El programa considera también realizar la detección de sífilis al 100% de las embarazadas que se atienden en las Instituciones del sector salud.*

## Acciones y servicios del programa

El programa contempla acciones diferenciadas por sexo, pero no las desglosa como tales, porque en la mayoría de los casos habla de atender a la población en general. Únicamente para el caso de las mujeres embarazadas se diseñan acciones precisas, aunque éstas consisten esencialmente en incrementar la detección oportuna y el tratamiento eficaz de la sífilis, en atención prenatal. Asimismo, la mayor cantidad de acciones enfocadas a contrarrestar brechas, se refieren a las sociales, y no específicamente de género.

Las acciones del programa están orientadas por evidencias, por tanto, lo que busca es atacar efectos, no causas. Entonces, estas acciones están referidas principalmente a atender a las poblaciones puntuales, que son específicamente las que se han identificado en riesgo de contraer VIH-sida. Así para su cumplimiento, el programa requiere de *la participación de la Secretaría de Salud, los 32 gobiernos estatales, las instituciones de seguridad social, educativas, las involucradas en la protección de los derechos humanos que previenen la discriminación la igualdad y la equidad. Requiere del involucramiento de expertos (sic) en VIH, en sexualidad, de la sociedad civil que trabaja en VIH-sida, de mujeres, hombres y jóvenes que viven con VIH, de hombres gay, de personas trans y trabajadoras y trabajadores sexuales.*

Es de destacar que las mujeres y los hombres que son objeto de la política no se consideran sujetos/as activos/as de la implementación de las acciones, sino sujetos/as pasivos/as que requieren atención y servicios.

Las acciones que se plantean en el programa se encuentran enmarcadas en los derechos constitucionales, los derechos de la mujer, los derechos en la atención de la salud, los derechos universales del hombre y la mujer y los derechos alineados en los programas de detención y atención de los problemas del sida. A pesar de todo lo anterior, el tópico referido a la transformación de las relaciones de desigualdad de género está completamente ausente, a pesar de que se asegura que la infección por el VIH-sida conlleva la muerte social de

quien la experimenta, lo que no sólo vulnera su integridad física, sino la dignidad inherente a su condición humana.

Así, no se detallan acciones destinadas a considerar la división sexual del trabajo y su vinculación con la falta de atención al padecimiento del VIH-sida en ellas, que justamente por la responsabilidad en las tareas domésticas y de cuidado tienen mayores restricciones para disponer del tiempo suficiente para atender su salud; o respecto de los hombres, en los que su rol de proveedores llega a representar una presión de género ante una enfermedad discapacitante como puede ser el VIH-sida.

En ese sentido, tampoco sus actividades se enfocan en facilitar la inserción económica de los/as sujetos/as que padecen la enfermedad. La idea fundamental del programa es que el/la portador(a) del VIH e ITS sufre violencia de tipo social. Es decir, la propagación del VIH-sida agudizaría las desigualdades sociales y recrudecería las condiciones de vida de las personas cuya dignidad no se respeta. En ese sentido, la principal estrategia del programa consiste en hacer respetar y poner en vigencia los derechos humanos, a fin de revertir el estigma y la discriminación relacionado con el sida. Para ello, en éste se argumenta que es necesario tener en cuenta, en las acciones y estrategias de prevención, los factores culturales e ideológicos de la población que influyen para que las personas afectas por el VIH o que se encuentran en riesgo de contraer la infección, hagan uso de los servicios de salud para recibir información, consejería y/o atención médica. En este entendimiento es fundamental incorporar al análisis las categorías que ofrece el género y que permitirían un mejor entendimiento del problema.

Por ejemplo, no se considera que la propagación del VIH-sida agudizaría también de las desigualdades de género, ni que los factores de género influyen para que las personas afectas por el VIH o que se encuentran en riesgo de contraer la infección, hagan uso de los servicios de salud para recibir información, consejería y/o atención médica.

De esta forma, a pesar de que las mujeres embarazadas-infectadas se constituyen en uno de los principales grupos objetivo del programa, no existe una atención al problema desde la equidad de género en términos de la difusión de sus derechos sexuales y reproductivos, la promoción de la cultura del autocuidado de la salud, entre otros.

En la práctica, las acciones desarrolladas en el estado de Baja California para atender la problemática toman como referencia el programa federal. Las estrategias plasmadas en ese programa se adecuan en cada municipio en relación a la problemática existente, según comentario de la entrevistada: *en el nacional se nos marcan las estrategias que se deben llevar a cabo, se aterrizan, pero si consideramos que faltan en el programa estatal y las acciones o actividades para llevar a cabo las estrategias ya dependerán de cada municipio y de la relación con las instituciones para llevar a cabo y cumplir con las estrategias que nos manda el programa nacional.*

Las acciones estatales tienen que ver con dos vertientes: la prevención y la atención. Respecto a la primera, se realizan distintas actividades con diversos grupos poblacionales. En los centros educativos: primarias, secundarias, preparatorias que permiten la entrada de grupos del sector salud;<sup>147</sup> se brindan pláticas para abordar la importancia del uso del condón en las prácticas sexuales con el fin de prevenir la transmisión del VIH e ITS, además se enseña cómo usarlo y se brinda información de los lugares donde puede solicitarse de forma gratuita. Los contenidos son emitidos por personal de los CAPASITS

---

<sup>147</sup> Debe mencionarse que en algunas escuelas, sobre todo a nivel primaria existe reticencia por parte de las autoridades de los planteles para que se impartan pláticas sobre el uso del condón como medida de prevención del VIH-sida e ITS. Una de los testimonios corrobora este argumento: *otras son las actividades que se realizan por medio de las escuelas desde nivel primaria, con los último grados se lleva a cabo la prevención. Se llevan a cabo actividades de prevención. Aun cuando tenemos problema para llevar el tema del condón siempre se ha buscado tener una dotación importante de este insumo para llevarlo a la población.*” Entrevista con funcionaria del ISESALUD, noviembre, 2009.

(Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual) o promotores y promotoras de salud.<sup>148</sup>

En materia de prevención también se aplican tiras rápidas<sup>149</sup> entre la población en riesgo y se imparten pláticas sobre el uso del condón como una forma de prevención. Las tiras rápidas también se aplican a embarazadas con el fin de evitar la transmisión vertical de madre a hijo(a) en caso de ser seropositivas. Según datos proporcionados por el departamento de medicina preventiva, el promedio anual de la aplicación de las tiras es de 30 mil, además de aplicarse la encuesta centinela<sup>150</sup> para diagnosticar los comportamientos epidemiológicos de los grupos que se encuentran en situación de riesgo.

Asimismo, se realizan acciones de prevención respecto del problema del intercambio de jeringas con usuarios(as) de drogas inyectables y en personas privadas de libertad, trabajo que se coordina con el Instituto de Psiquiatría del Estado. En este caso, se menciona que aunque esta acción no es aceptada por diversos grupos sociales a pesar de estar avalado a nivel nacional,<sup>151</sup> el personal de salud que trabaja la temática apoya a las organizaciones no gubernamentales que lo desarrollan, incluso se brinda un equipo de salud para prevenir el uso compartido de jeringas. También se han visitado los comedores

---

<sup>148</sup> Existen tres CAPASITS en el estado de Baja California, están ubicados en las ciudades de Mexicali, Ensenada y Tijuana. Estos Centros tienen tres años operando en el estado y cuentan con un equipo interdisciplinario de profesionales para la prevención atención del VIH-sida e ITS, médicos(as), trabajador(a) social, los cuales tienen la función de ser consejero(a), dentista, enfermeras, psicólogo(a) entre otros. Los servicios son de primer nivel. Las instalaciones cuentan con distintas áreas: médica, de enfermería, de atención bucal, psicológica, consejería, farmacia.

<sup>149</sup> *La mayoría de las Pruebas Rápidas para la detección del VIH cuentan con una tira reactiva que contiene el Antígeno del virus. Cada tira tiene una línea en la parte superior, que corresponde al control positivo. Una prueba positiva da una línea semejante en la parte inferior al contacto con la muestra de sangre. Guía para la aplicación de la prueba rápida. Secretaría de Salud, CENSIDA, 2006.*

<sup>150</sup> *Encuestas centinela en población general y grupos de riesgo: Se define como la aplicación del método de encuestas para recolectar la información que permita determinar la prevalencia de VIH-sida en la población general y en los grupos de riesgo. Manual para la Vigilancia Epidemiológica de VIH-sida. Secretaría de Salud, 1998.*

<sup>151</sup> *(...) si nos trasportamos a la prevención en usuarios de drogas, hemos batallado mucho con el intercambio de jeringas que también sabemos que es para evitar la trasmisión. En Tijuana se ha trabajado mucho, pero es mal vista esta práctica que se llega a realizar. Es mal visto y nos estamos enfrentando a esta situación. Entonces, poco a poco se ha avanzado en esto. Por ejemplo el intercambio de jeringas al interior de los reclusorios y que es mal visto pero se lleva a cabo. Entrevista con funcionaria del ISESALUD, noviembre, 2009.*

de migrantes para abordar el tema de la prevención y dar referencia de los lugares donde se obsequian preservativos.

Se realiza también trabajo coordinado con las organizaciones sociales para brindar folletos y repartir condones en eventos masivos como ferias y carnavales.<sup>152</sup>

En las acciones de prevención existen elementos que indican que avances en la erradicación de estereotipos de género, pues consideran que tanto los hombres como las mujeres tienen que cuidarse del contagio de ITS. En las pláticas desarrolladas en los centros educativos el personal de salud se dirige de igual manera tanto a hombres como mujeres. Asimismo, se combate la homofobia y discriminación. Pese a ello, aún falta considerar particularidades para cada género y abordar la prevención de forma diferenciada. Además, se nota la ausencia en el abordaje de la prevención con otro tipo de poblaciones que no sea la escolar o la considerada con prácticas de riesgo. Tampoco se observan acciones preventivas orientadas a fortalecer el conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y los hombres, cualquiera que sea su preferencia sexual; ni acciones encaminadas a promover una cultura de autocuidado de la salud sexual.

En la prevención se han abordado específicamente los grupos de riesgo, pero no se observa que las acciones estén integradas a una política de salud sexual y reproductiva. También hace falta profundizar en aspectos culturales tal como se plantea en el programa, así como considerar factores como grupos etarios, residencia, entre otros, que permitan entender las prácticas de los distintos

---

<sup>152</sup> *Por ejemplo se distribuyen abiertamente cuando hay eventos masivos, deportes, el carnaval de Tijuana, en las ferias. Ahí si es cuando se llevan las condonetas y se reparten, pero así nada más que les repartamos, no. Porque hemos tenido problemas y ya sea con educación o la iglesia de que no podemos ofertarlos así. En la escuela por medio de pláticas los dirigimos para que acudan a solicitarlos así. En eventos masivos y cuando fue la feria de aquí nos pidieron que tuviéramos y se llevó la condoneta.* Entrevista con funcionaria del ISESALUD, noviembre, 2009.

grupos y poder así generar estrategias diferenciadas por condiciones de población y género.<sup>153</sup>

Para la detección del VIH, el personal de salud aplica la cédula de monitoreo, la cual considera 12 apartados: institución notificante; referencia, destacándose en esta las áreas de canalización; datos socio demográficos entre ellos el sexo, así como el tipo de población a la que pertenece (homosexual, usuario de drogas inyectables, niños (a) de la calle; trabajador(a) sexual, heterosexual con múltiples parejas, migrante a Estados Unidos, persona con tuberculosis, bisexual, otra), entre otros; acceso a servicios; comportamiento sexual; discriminación; uso de drogas inyectables; tuberculosis; prevención y atención de ITS; laboratorio; prueba rápida de sífilis y responsable del llenado del formato. A diferencia de la cédula para prevenir la transmisión vertical del VIH para mujeres embarazadas (pruebas rápidas) que sólo capta datos de mujeres. Dicha cédula consta de cinco secciones: institución notificante; datos de la mujer embarazada; prueba rápida para la detección del VIH; prácticas de riesgo y responsable del llenado del formato. En la primera, se considera el sexo. De manera que en los registros que se realizan la información queda desglosada por sexo. Ésta se envía al departamento de epidemiología del ISESALUD donde los datos son procesados a través de dos sistemas: EPISIDA y SUAVE (Sistema Único Automatizado de Vigilancia Epidemiológica). En el primero se concentran datos de aquellos(as) que presentan sida. En el SUAVE se concentran los casos *sospechosos y confirmados de hepatitis, VIH e ITS y sida*.<sup>154</sup> Por tanto, el personal de salud que desarrolla el programa tiene datos desagregados por sexo, sin embargo, no son utilizados para el planteamiento de estrategias y acciones. En palabras de una de las entrevistadas: *sí tenemos registro, pero no se consideran en el análisis, ni en el abordaje. De esta manera, la información no utilizada impide evaluar las acciones y su*

---

<sup>153</sup> Cabe señalar que se han realizado estudios de tipo académico, con la Universidad de California, el objetivo fue conocer la incidencia del VIH en mujeres embarazadas. El resultado de la incidencia fue alto. Entonces, a partir del reconocimiento de éste se implementó la estrategia de aplicar tiras rápidas para la detección del VIH en esta población.

<sup>154</sup> Entrevista con la responsable del Departamento de Epidemiología del ISESALUD, noviembre, 2009.

*efectividad, plantear acciones diferenciadas y, en general, reducen su impacto potencial.*

En lo que refiere a la atención hay dos áreas a donde pueden dirigirse los usuarios y usuarias: a los Servicios de Atención Integral de Salud (SAIS) ubicado en el Hospital General o al CAPASITS. En el primero se brinda atención de segundo nivel se realiza el diagnóstico y se asigna tratamiento. Si el o la paciente se encuentra controlado(a) respecto al padecimiento acuden al CAPASITS donde se da seguimiento y atención psicológica, médica, bucal y consejería.

El tipo de atención que se brinda a los(as) diferentes solicitantes considera las particularidades de cada tipo de población, es decir, si son transexuales, travestis, homosexuales, sexo servidoras(es), heterosexuales, embarazos.<sup>155</sup> Más no se consideran las especificidades de género: *en VIH para el abordaje de prevención, el abordaje para sexo servidoras ocupamos un método y para muchachos de secundaria, otro método. Está diferenciado por tipo de población, pero no por género. Yo no lo veo todavía por género.*

Sin embargo, es un paso adelante el que se reconozcan las distintas necesidades de las poblaciones en función de la preferencia sexual, en ese sentido, tanto el programa federal como las acciones que desarrolla el personal de salud de Baja California, dan la apertura para que la población acuda con mayor confianza pues encontrarán atención médica, pero también un trato diferenciado en función de esa preferencia sexual. No obstante, se comenta en las entrevistas que a pesar de la sensibilización hacia el personal y del énfasis en el contenido del programa, existe personal de salud reticente a aplicar las tiras rápidas y personas dedicadas a brindar consejería que aún muestran

---

<sup>155</sup> *Tenemos que apegar aquí porque tenemos una población muy grande homosexuales hombres- mujeres o hay mixtos en Mexicali y Tijuana y se les tiene que atender.* Entrevista con funcionaria del ISESALUD, noviembre, 2009.

indiferencia y resistencia hacia las y los usuarios, sobre todo cuando se trata de personas que consumen drogas.<sup>156</sup>

Es importante señalar que no están contempladas acciones relativas con difundir los derechos de las personas con VIH, lo cual se considera básico para incidir en una atención basada en un marco de derechos y equidad.

Los protocolos de atención utilizados por el personal de salud de Baja California se basan en los contenidos de la NOM 039-SSA2-2002 y de los manuales de antirretrovirales y consejería.<sup>157</sup> En general el CENSIDA ha elaborado diversas guías de atención para usuarios(as) con VIH-sida.<sup>158</sup> La guía de antirretrovirales enfatiza la evaluación a partir de las necesidades específicas en cada individuo.<sup>159</sup>

En los protocolos de atención, la consejería juega un papel importante no sólo por ser el primer filtro para la detección del VIH, sino por el abordaje que la consejera o el consejero deben realizar con el o la paciente. Entablar un diálogo para *hablar de su situación real. Encontrar factores de riesgo del paciente, ver situación de arrastre y situación vivencial.*<sup>160</sup> En este caso, existe

---

<sup>156</sup> *Los pacientes nos lo externan cuando van a otra unidad de salud, a otra área. Es que no me gustó porque me vio feo, porque la doctora. Todas esas situaciones son con las que hemos tenido que estar luchando a través de las consejerías, con el personal haciendo mucho hincapié en el papel del consejero, el papel de la primera persona que recibe.* Entrevista con personal del CAPASITS de Mexicali, noviembre, 2009.

<sup>157</sup> *La principal es la norma atención y la guía de atención con retrovirales. Está el programa nacional de sida y las normas. La principal que es la de sida y la guía de manejo antirretrovirales y el manual de consejería.* Entrevista con personal del CAPASITS de Mexicali, noviembre, 2009.

<sup>158</sup> Para mayor información revísense las siguientes páginas electrónicas:

<http://www.censida.salud.gob.mx/interior/guiasmanuales.html>

<sup>159</sup> *Una vez diagnosticado el individuo, como portador de la infección por VIH de acuerdo a la NOM-010-SSA2-1993, se procederá a la evaluación inicial. La cual debe adaptarse a las necesidades específicas de cada individuo... Durante la primera valoración comienza la integración del expediente médico. Obtener información clínica completa facilita la descripción de la enfermedad por VIH, en términos de transmisión, historia natural, riesgo de enfermedades oportunistas (EO), tratamiento, evolución y complicaciones potenciales. Es un momento idóneo para detectar si la infección por VIH se encuentra en etapa aguda, asesorar al individuo acerca de la enfermedad, identificar problemáticas psico-sociales o prácticas de alto riesgo, estimar la capacidad de apego a los ARV e iniciar maniobras preventivas. Promover un ambiente de interés, respeto y confianza favorece el establecimiento de una relación médico-paciente exitosa. Guía de manejo antirretroviral. CENSIDA, cuarta edición, México, 2009.*

<sup>160</sup> Entrevista con personal del CAPASITS Mexicali, primera semana de noviembre, 2009.

metodología de atención atendiendo las especificidades de las distintas poblaciones, pero aún se nota ausente el lenguaje inclusivo.<sup>161</sup>

Respecto al modelo de atención, una de las entrevistadas comenta que dos de los utilizados son con la población de embarazadas y de personas usuarias de drogas inyectables: *básicamente nos apegamos a la normatividad que plantea el programa nacional. Y podríamos hablar de un modelo que se realiza en prevención del daño con los usuarios de drogas y que se ha trabajado mucho aquí en el estado. Y que en un inicio la detección de VIH y de ITS en las embarazadas. Y plantearlo así como modelo la sensibilización que se ha hecho con el personal de salud respecto a la embarazada es una prueba ya de rutina que se le realiza a la mujer previa consejería. No se le realiza así nada más. Su gama de exámenes que se les tienen que hacer entra la detección de VIH.*

Cabe señalar que las y los usuarios atendidos en su mayoría no son derechohabientes, por tanto, a través del presupuesto del REPSS (Régimen de Protección Social en Salud), ellos y ellas pueden ser atendidas en las instalaciones de los SAIS o CAPASITS. Incluso el personal de este Centro Ambulatorio, realiza las gestiones correspondientes y canaliza a las personas solicitantes al módulo de atención del Seguro Popular para que tramiten el acceso a dicho sistema. De tal manera, los tratamientos de antirretrovirales y la atención que los y las pacientes necesiten son cubiertos por personal del ISESALUD y de CAPASITS con fondos del REPSS.

En lo que refiere al tema de la violencia, las integrantes del CAPASITS comentaron la existencia de un módulo sobre violencia intrafamiliar y la respectiva canalización de mujeres violentadas a éste o a algún refugio, pero

---

<sup>161</sup> (...) tenemos que tratarlos de esa manera, como ellos nos lo están exigiendo en la consejería que se da. Ellos mismos ya vienen con la discriminación. Aquí en VIH hay un área muy importante que es consejería y aquí el personal está preparado en la consejería. Eso nos permite tomar el rol que sintamos que tenemos que tomar en ese momento... Viene una persona que dice yo soy homosexual, no soy hombre. Entonces tenemos que tomar una postura con él. Pero también vienen los travestis, entonces ellos tiene otra actitud con nosotros y nosotros tenemos que tratarlos como tal. Aquí viene una persona que le decimos de un nombre y resulta que se llama, que se le conoce con otro nombre y lo tratamos con el otro nombre no con el nombre real. Entrevista con personal del CAPASITS Mexicali, noviembre, 2009.

no se señaló que les brinden algún tipo de atención directa. Así como tampoco se señala nada respecto de la vinculación entre la afección y la existencia de violencia institucional, o las acciones que se emprenden para prevenir la violencia de género contra las personas infectadas.

En síntesis, las acciones antes señaladas aún no permiten acotar las brechas de género, ni atender el problema con enfoque de género, tendiente a responder a las características, causas y consecuencias diferenciadas del problema de las personas en función del género, ni las que existen entre hombres heterosexuales y hombres con otras preferencias sexuales que en este caso son de particular importancia. Tampoco las acciones inciden de manera directa en el combate a la discriminación hacia las mujeres ni hacia las personas con preferencia sexual distinta a la heterosexual o con prácticas sexuales “no tradicionales” sancionadas por la moral dominante.

Si bien es cierto se ha avanzado en dar los primeros pasos para reconocer las necesidades particulares de grupos poblaciones en relación a su preferencia sexual, es necesario reconocer también las condiciones, necesidades e intereses de las mujeres, para que pueda hacerse efectivo el abordaje del enfoque de género. Con ello, se estaría cumpliendo con lo propuesto en el *Plan Estatal de Desarrollo 2007-2012* en su capítulo cinco y el primer informe de gobierno: transversalizar la perspectiva de género en las acciones gubernamentales. El adoptar el enfoque de género permitiría cerrar las brechas de atención a la salud en hombres y mujeres, tal como se considera en el programa de acción específico 2007-2012: igualdad de género en salud, disminuyendo la desigualdad de las mujeres respecto a los hombres.<sup>162</sup>

---

<sup>162</sup> *Ciertos factores biológicos ponen a las mujeres en un riesgo más alto de contraer el VIH que a los varones. La mayor vulnerabilidad de la mujer se amplifica por su condición social de subordinación: son especialmente vulnerables a la infección por el VIH y al impacto de la epidemia sobre este grupo guarda relación con las diferencias de roles de género y el acceso a recursos, autonomía y poder de decisión.* El VIH-sida a través de la mirada del género Documentos de trabajo del Seminario: El enfoque de género en la salud. PRIGEPP, Flacso-Argentina, septiembre-noviembre, 2009.

En este sentido se sugiere reconocer los roles de género que determinan e influyen en la actividad sexual, así como los comportamientos de riesgo, pero no sólo por grupos poblaciones, sino también en hombres y mujeres. También sería importante elaborar diagnósticos y protocolos de atención diferenciados por sexo.

### **Presupuestación**

En relación al contenido del programa federal, la administración del presupuesto depende de la Secretaría de Salud. La información presupuestal no define personas beneficiarias por sexo. Las acciones que están diferenciadas se refieren a la atención de madres embarazadas y niños y niñas en edad escolar, a quienes se les debería sensibilizar en torno al uso del condón y los mecanismos de prevención de enfermedades sexuales.

El presupuesto asignado para las acciones de prevención y atención del VIH-sida e ITS en Baja California, puede verse en el siguiente cuadro.

<b>Presupuesto destinado al desarrollo del Programa de Acción Específico de VIH/Sida e ITS Baja California 2009</b>				
<b>Estrategia</b>	<b>Línea de Acción</b>	<b>Actividad</b>	<b>Presupuesto</b>	
			<b>Monto / Distribución</b>	
Prestar servicios de atención integral de calidad a las personas con VIH	Prestar servicios de atención integral de calidad a personas con VIH	Manejo integral de las personas con VIH que incluye realizar estudios de laboratorio de CD4 y CV cada 4 meses	72 000 000	76.43%
Prevenir la transmisión del VIH y controlar la epidemia del SIDA	Promover el desarrollo de una nueva cultura de prevención del VIH	Proporcionar los recursos humanos, materiales y financieros necesarios para la operación de los CAPASITS	5 000 000	5.31%

**DIAGNÓSTICO DE LA INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD DEL  
GOBIERNO DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA**

		Orientación consejería sobre salud sexual y reproductiva, proporcionar información sobre métodos anticonceptivos y promover el uso de condones	491 000	0.52%
	Impulsar el desarrollo de estrategias de prevención perinatal del VIH, así como nuevas medidas de prevención sexual, desde la atención materno infantil	Proporcionar sucedáneo de leche humana en polvo para recién nacidos con bajo peso al nacer y de madres con VIH	500 000	0.53%
		Realizar en embarazadas, exámenes de laboratorio que incluyen VDRL y para mujeres de alto riesgo prueba rápida de VIH	10 000 000	10.61%
Fortalecimiento de las competencias técnicas y operativas en detección, diagnóstico y tratamiento, al personal médico, paramédico y microscopistas en unidades y laboratorios del Sector Salud y de la práctica privada, para la intensificación y expansión de las acciones en la población y grupos vulnerables	Mantener activos los Comités Nacional y Estatales de Fármacorresistencia	Otorgar tratamiento (TAES) a los casos diagnosticados con TB	3 616 928	3.84%
Prevenir y controlar las ITS	Impulsar la detección oportuna y el tratamiento eficaz de las ITS, con especial atención en mujeres embarazadas	Brindar tratamiento de ITS	2 000 000	2.12%
Integración de Red de expertos especialistas en TB con resistencia a fármacos y actualización de las directrices para la atención de pacientes con TB-MDR y XDR, con participación interinstitucional y de organismos internacionales	Adquirir los medicamentos necesarios para la atención de los casos de TB con resistencia a fármacos	Ofertar sistemáticamente, consejería y pruebas para la detección de VIH a pacientes con TB y examen bacteriológico a sintomáticos respiratorios con VIH/SIDA	589 000	0.63%
Fortalecimiento de la colaboración interprogramática con CENSIDA para hacer frente a	Actualizar y difundir las Guías para la atención de TB-VIHSIDA	Otorgar tratamiento (TAES) a los casos diagnosticados con TB	10 680	0.01%

la coinfección TB-VIH-sida			
TOTAL		<b>94 207</b>	<b>100.00</b>
		<b>608</b>	<b>%</b>

Fuente: Elaborado a partir de información proporcionada por la Unidad de Evaluación y Seguimiento del ISESALUD

La estrategia para prevenir la transmisión del VIH y controlar la epidemia del sida tiene como líneas de acción promover el desarrollo de una nueva cultura de prevención del VIH, teniendo como meta el mantenimiento del buen funcionamiento de los CAPASITS, SAIS y el programa estatal para lo cual se destinó un monto de cinco millones, es decir, el 5.31% del presupuesto total. Dentro de esta misma estrategia, la orientación y consejería sobre salud sexual y reproductiva, proporcionar información sobre métodos anticonceptivos y promover el uso de condones se planteó como meta lograr fortalecer las estrategias de prevención sexual, focalizadas en las poblaciones clave del estado con un presupuesto de 491 mil pesos, es decir, el 0.52% del total. Asimismo, para proporcionar a los RN de madres con VIH sucedáneo de leche humana en polvo se destinaron 500 mil pesos, siendo el presupuesto minoritario para esta estrategia, pues la mayor cantidad de recursos –10 millones– está destinada para la detección del VIH al 69.1% del total de mujeres que acuden al control prenatal realizar la detección de sífilis al 84.7% del total de mujeres que acuden al control prenatal, así como detección de VIH y sífilis en poblaciones clave.

La mayor parte del presupuesto, 72 millones, esto es, el 76.43% del total está destinada a prestar servicios de atención integral de calidad a las personas con VIH a través de estudios de laboratorio de CD4 y CV cada cuatro meses. La meta es mantener el acceso universal a tratamiento antirretroviral y con carga viral indetectable al 53.9% de las personas con más de seis meses en tratamiento ARV. Comparativamente, el menor presupuesto ha sido asignado para el fortalecimiento de la colaboración interprogramática con CENSIDA para

hacer frente a la coinfección TB-VIH-SIDA, la meta es sistematizar la oferta de pruebas de VIH en personas con TB en las cuatro jurisdicciones del estado con un presupuesto poco mayor a los 10 mil pesos.

En suma, las dos estrategias para las se ha destinado mayor presupuesto para atender la problemática del VIH-sida e infecciones de transmisión sexual, son la atención y prevención.

### **Seguimiento y evaluación**

El programa se propone fortalecer la participación de la sociedad civil y las personas con VIH en los programas de prevención, así como en las campañas dirigidas a disminuir el estigma, la discriminación y la homofobia en poblaciones clave. Sin embargo, no cuenta con una reflexión, diseño de acciones, diagnóstico ni definición de tareas. Aunque busca incrementar la percepción de la posibilidad de negociar relaciones sexuales de menor riesgo. Este es el principal factor que se podría considerar relacionado al tema de la violencia.

El programa está enfocado principalmente a la erradicación del estereotipo hacia las personas seropositivas, en el entendido de que “mueren socialmente”. Sin embargo, no existe una reflexión en torno al problema de los estereotipos de género tradicionales, tampoco a la importancia de la evaluación diferenciada por sexo, por lo tanto, no existen en Baja California documentos con metodologías de evaluación con enfoque de género ni se contempla la articulación entre los estereotipos y prejuicios frente a las personas seropositivas y los que se asocian a las construcciones sociales de género. En ese sentido, es nula la existencia de indicadores desagregados por sexo para el seguimiento y evaluación de acciones, así como para corroborar la disminución de brechas de desigualdad.

Pese a ello, los resultados que se han tenido hasta el momento, el reconocer la importancia del combate a la discriminación y homofobia y el abordaje con hombres y mujeres de manera igualitaria, la participación interinstitucional y con organismo de la sociedad civil, así como la búsqueda del respeto a los

derechos humanos, potencialmente sientan las bases para el desarrollo de acciones con enfoque de género.

### Coordinación

El programa federal establece la promoción de la coordinación intra e intersectorial de la respuesta nacional en materia de VIH-sida e ITS. En esta línea las actividades a desarrollar son: la evaluación de casi la totalidad de los indicadores incluidos en el presente programa de acción, así como en los informes internacionales, por lo que se fortalecerá la coordinación específica para este fin con las principales instituciones de salud y organizaciones involucradas en la prevención y atención del VIH-sida y las ITS, más no se considera el abordaje de género en la coordinación.

Las instituciones de salud en Baja California se vinculan para realizar acciones en relación a la problemática del VIH-sida e ITS. La coordinación estatal del programa, así como los CAPASITS mantienen relación con los centros educativos y de salud para el desarrollo de pláticas educativas como parte de las acciones de prevención. Con el departamento de salud reproductiva del ISESALUD para la canalización de adolescentes embarazadas que resultan positivas a través de la prueba rápida. Con el Instituto de Psiquiatría para algunas acciones relacionada con la prevención en los Cerezos. Pero, sobre todo, con las organizaciones no gubernamentales que realizan trabajo con usuarios(as) de drogas inyectables para realizar intercambio de jeringas y con las que abordan a las mujeres dedicadas al sexo comercial. En esta última actividad interviene también Seguridad Pública para resguardar a los(as) que asisten a zonas de tolerancia.<sup>163</sup> En suma, existe coordinación interinstitucional

---

<sup>163</sup> Otra actividad es la coordinación que se lleva a cabo con los grandes sectores aparte de las ONG, sector educativo... Se tiene una coordinación con los municipios. Aún cuando sabemos que los municipios tienen trabajo con los trabajadores del sexo comercial, aún así se les apoya básicamente con tiras rápidas y pláticas que se les dan. Otras actividades de prevención que se realizan es con las ONG y sabemos que traen sus planteamientos pero vemos que se apeguen a la normatividad que establece el Programa. Son diferentes los apoyos que se pueden manejar aquí, condonetas, apoyando con gente de los CAPASITS, otras veces apoyando con tiras rápidas. Entonces dependiendo del Programa o proyecto que traigan ellos es el apoyo que se les da. Pero siempre tratando de apoyar para la prevención. Entrevista con funcionaria del ISESALUD, noviembre, 2009.

e intergubernamental, pues se mantiene vínculo también con el personal de salud de los municipios dotándoles de tiras rápidas para la detección y apoyando con recurso humanos de los CAPASITS cuando se requiere.

### Organización institucional

En lo que refiere a la capacitación, el programa destaca *la capacitación del personal para reducir las probabilidades de nuevas infecciones por esta vía de transmisión; fortalecer la coordinación, capacitación, y movilización de los recursos necesarios en los servicios de atención prenatal, para interrumpir la transmisión perinatal del VIH y la sífilis; capacitación al personal de salud en el uso de pruebas rápidas para la detección de ITS; promover la formación y capacitación de profesionales de la salud en salud sexual; promover la formación y capacitación de maestros, alumnos, padres de familia, orientadoras vocacionales, en materia de salud sexual, principalmente.* Más no se menciona la importancia de la perspectiva de género para esa enseñanza y actualización.

El personal de salud recibe dos tipos de capacitaciones, una que tiene que ver con el tratamiento que debe dársele a los(as) usuarios(as) y la otra sobre actualización: *vamos a hablar de dos grupos que se capacitan. Una en cuanto a capacitación de tratamiento y control que frecuentemente se capacita a personal de CAPASITS y SAIS, por medidas de control y de atención. Estamos hablando de personal de salud en general que recibe capacitación sobre el programa. El personal que se capacita por tratamiento... Y las capacitaciones en general al personal de salud que se llevó a cabo un simposio hace dos semanas vienen ponentes locales o ponentes de fuera. Es para actualizar al personal del centro de salud.*

El personal del CAPASITS recibe capacitación generalmente del CENSIDA. En mínimas sesiones los contenidos educativos abordan la perspectiva de

---

*Trabajamos en el sector salud trabajamos con IMSS, con DIF, con ISSSTECALI e ISSSTE porque su poblaciones es menor, con los servicios médicos municipales coordinadamente como SEDENA, con cerezos, con educación, con seguridad. Con el de adicciones, el IPBC. Entrevista con el personal de CAPASITS Mexicali, noviembre de 2009.*

género.<sup>164</sup> Excepto en un diplomado realizado anualmente en el que se considera la atención en función de las identidades y preferencias sexuales.<sup>165</sup>

La selección del personal a capacitarse está en función de las temáticas a abordarse y de las funciones que desarrollen y su vinculación con los contenidos de la capacitación.<sup>166</sup>

Pese a ello, el personal de salud considera la importancia de abordar contenidos con enfoque de género para tener elementos que les permitan atender de manera diferenciada a hombres y mujeres. En palabras de una de las entrevistadas: *las invitaciones dependen del tipo de temas que se aborden y del personal al que vaya dirigido.*

Por otro lado, el programa no cuenta con alguna área que se encargue de diseñar y promover la incorporación de la perspectiva de género. EL ISESALUD cuenta con un departamento denominado de equidad de género y salud reproductiva, sin embargo, este nombre es sólo para estar alineado en cuanto a la denominación del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, pues en los hechos, este departamento de acuerdo a los datos proporcionados, lleva a cabo acciones en materia de cáncer de mama, salud sexual y reproductiva y violencia de género, principalmente. Asimismo, éste sólo mantiene vínculo con personal de salud que aborda la temática de VIH-sida e ITS para la atención de mujeres adolescentes embarazadas. Más no

---

<sup>164</sup> Hemos estado en otras donde se aborda el machismo. Fue como más generalizado en otros aspectos. Lo relacionado al uso del condón. En otras se abordan los roles muy marcados del varón y de la mujer. Tú como varón eres el proveedor y tú como mujer eres la sumisa, la que está sujeta. Lo que se vio es que generalmente se ven los roles así. Pero que no debe ser así, que se tiene la misma capacidad y que se trataba de salir de esa sumisión, por salud, por educación. Yo fui en el 2003 a Monterrey aun taller. Entrevista con personal del CAPASITS Mexicali, noviembre, 2009.

<sup>165</sup> Cada año se hace un diplomado y se nos habló de equidad y género y le preguntaron a una persona que venía de, era de República Dominicana. Y le dice: ¿Usted cómo se llama? Y responde Pedro y ¿qué le parecería si le digo Esperanza?. Pero, ¿por qué?, pero que le parece si viene una persona y ella se llama Pedro y está construida como mujer y usted le llama con el nombre que tiene en el expediente, usted no está respetando su identidad. En VIH tenemos muchos manuales de cómo trabajar en el cerezo, con usuarios de drogas, de consejería, haya mucho que leer y poco tiempo. Entrevista con personal del CAPASITS Mexicali, noviembre, 2009.

<sup>166</sup> Las invitaciones dependen del tipo de temas que se aborden y del personal al que vaya dirigido.

realiza actividades relacionadas con la investigación o capacitación con perspectiva de género.

Pese a ello, el hecho de que el programa y el personal de salud combatan la discriminación y la homofobia para aquellos(as) que presentan VIH-sida, y centre su atención en grupos con necesidades específicas y se brinde un trato igualitario tanto para hombres como para mujeres, es un contexto que permite impulsar la perspectiva de género para atender esas particularidades para ambos géneros. En este sentido, el programa deberá modificar sus estrategias y ampliar su focalización.

### e) Adicciones

El uso y abuso de sustancias adictivas genera trastornos a la salud, así como consecuencias en la estructura familiar y social en la que la persona se desenvuelve. Estas consecuencias se han agudizado en los últimos años. De acuerdo con la Encuesta Nacional de las Adicciones, desde 2002 ya se consignaba *una evolución desigual afectando en forma heterogénea a la población. Varía la proporción afectada, las normas sociales, los problemas que el abuso representa para el individuo, la familia y la sociedad, la percepción social frente al problema y las alternativas de manejo.*<sup>167</sup>

El Gobierno de Baja California concibe que *las adicciones constituyen un problema de salud pública de situación prioritaria (...) en particular de los jóvenes, ya que es la población predominante y la que ocupa un porcentaje significativo dentro del sector social y productivo*<sup>168</sup>.

---

<sup>167</sup> Encuesta Nacional de Adicciones 2002. Presentación de Resultados, Secretaría de Salud, Consejo Nacional Contra las Adicciones, 2002.

<sup>168</sup> Programa Estatal de Desarrollo 2009-2013.

## Las adicciones en la Ley General de Salud

En la Ley General de Salud los temas de alcoholismo, tabaquismo y farmacodependencia no son considerados relevantes en tanto enfermedades, sino desde una perspectiva de combate ante una situación negativa, por lo que son materia de programas de atención específicos.

La Ley General no prescribe ningún tipo de lineamiento en relación al tabaquismo, dado que fueron derogados los tres artículos referidos a ello (188, 189 y 190) que juntos conformaban el Capítulo III, denominado precisamente *Programa contra el Tabaquismo*. Su contenido fue retomado y se amplió en la nueva *Ley General para el control del Tabaco*, aprobada en mayo de 2008 por el Congreso de la Unión, en la cual se establece la concurrencia entre la Federación y los estados. Esa Ley busca regular (artículo 2):

- I. *Control sanitario de los productos del tabaco, así como su importación, y*
- II. *La protección contra la exposición al humo de tabaco.*

Asimismo, destacan entre sus finalidades (artículo 3) aquellas que se relacionan con el programa contra el tabaquismo, que son:

(...) **V.** *Instituir medidas para reducir el consumo de tabaco, particularmente en los menores;*

**VI.** *Fomentar la promoción, la educación para la salud, así como la difusión del conocimiento de los riesgos atribuibles al consumo y a la exposición al humo de tabaco;*

**VII.** *Establecer los lineamientos generales para el diseño y evaluación de legislación y políticas públicas basadas en evidencia contra el tabaquismo;*

En la nueva legislación para el control del tabaco se define con mayor amplitud y precisión lo relativo al ámbito de la salud, pues se le enmarca en una regulación que abarca toda la cadena de producción, distribución y consumo de productos derivados del tabaco. En particular para el programa contra el

tabaquismo se determinan acciones para la ejecución y evaluación. Entre otras destacan (artículo 10):

(...) *II. El diagnóstico, prevención, tratamiento y rehabilitación del tabaquismo y de los padecimientos originados por él;*

*III. La educación sobre los efectos del tabaquismo en la salud, dirigida especialmente a la familia, niños y adolescentes, a través de métodos individuales, colectivos o de comunicación masiva, incluyendo la orientación a la población para que se abstenga de fumar al interior de los espacios libres de humo de tabaco que establezca esta Ley, sus reglamentos y demás disposiciones aplicables;*

*IV. La elaboración periódica de un programa de seguimiento y evaluación de metas y logros del Programa contra el Tabaquismo que incluya al menos las conductas relacionadas al tabaco y su impacto en la salud;*

*V. El diseño de programas, servicios de cesación y opciones terapéuticas que ayuden a dejar de fumar combinadas con consejería y otras intervenciones,*

No obstante, ello no se ha expresado, hasta la fecha, en una mayor definición y prescripción de acciones de salud para combatir el tabaquismo a partir de la incorporación de la perspectiva de género a la misma. Así, la Ley en comento no contiene lenguaje inclusivo ni atiende a ninguno de los objetivos de igualdad tomados como referencia para elaborar este diagnóstico. Por ejemplo, no se promueve el conocimiento ni reconocimiento de las formas específicas que asume el tabaquismo en hombres y mujeres. Diferenciar las causas, manifestaciones y afectaciones específicas de esta adicción en mujeres y hombres permitiría eficientar el combate a la adicción. Tampoco se toma en cuenta el objetivo de género relativo a la conciliación entre los ámbitos familiar y laboral, ello pese a que esta Ley se plantea (artículo 9) fomentar la salud *considerando la promoción de actitudes y conductas que favorezcan estilos de vida saludables en la familia, el trabajo y la comunidad.*

Sin embargo, es importante destacar que existen las bases para que en la ejecución de la política pública se pueda incorporar la perspectiva de género, pues la propia Ley señala en la fracciones IV y V del artículo 10 arriba citado, que se deberán llevar a cabo acciones de seguimiento y evaluación de las metas y logros del programa donde se incluya, al menos *las conductas relacionadas al tabaco*. Además de que abre la posibilidad de generar una gama amplia de programas, servicios y opciones terapéuticas.

En lo que al alcoholismo refiere, la Ley General de Salud el segundo Capítulo refiere al *Programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas*, lo que no ocurre respecto al tabaquismo. Sin embargo, las disposiciones ahí establecidas tampoco incorporan la perspectiva de género, de acuerdo a los objetivos de equidad contemplados en esta metodología. Así, la Ley señala que para la ejecución de ese programa se impulsarán acciones como:

*I. La prevención y el tratamiento del alcoholismo y, en su caso, la rehabilitación de los alcohólicos;*

*II. La educación sobre los efectos del alcohol en la salud y en las relaciones sociales, dirigida especialmente a niños, adolescentes, obreros y campesinos, a través de métodos individuales, sociales o de comunicación masiva, y*

*III. El fomento de actividades cívicas, deportivas y culturales que coadyuven en la lucha contra el alcoholismo, especialmente en zonas rurales y en los grupos de población considerados de alto riesgo.*

Por otro lado, la Ley General señala (artículo 186) las actividades de investigación que se deben realizar en torno al tema:

*I.- Causas del alcoholismo y acciones para controlarlas;*

*II.- Efectos de la publicidad en la incidencia del alcoholismo y en los problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas;*

*III.- Hábitos de consumo de alcohol en los diferentes grupos de población; y*

*IV.- Efectos del abuso de bebidas alcohólicas en el ambiente familiar, social, deportivo, de espectáculos, laboral y educativo.*

Como se puede apreciar, ninguna de las acciones ni actividades de investigación explicitan la necesidad de tomar en cuenta los intereses y necesidades de hombres y mujeres en la prevención, educación y realización de actividades dirigidas a la lucha contra el alcoholismo. Tampoco se plantean como estrategias para erradicar algunas de las causales del alcoholismo la transformación de los roles de género tradicionales por otros en donde mujeres y hombres se desarrollen más equitativamente en los ámbitos familiar y público. No se hace alusión tampoco a la necesidad de erradicar los valores que promueven la discriminación y el sexismo, como por ejemplo en la promoción de bebidas alcohólicas en los medios masivos de comunicación, donde se le denigra a la mujer al situarla como objeto de placer o como un estímulo para incrementar su consumo.

En el caso concreto de las líneas de investigación, se habla de ubicar los hábitos de consumo en diferentes grupos de población, omitiendo toda alusión a los valores culturales que asocian el consumo del alcohol con la masculinidad, por ejemplo.

Nuevamente es importante constatar que en esas actividades de investigación para diagnosticar el problema, la Ley no considera el objetivo de género relativo a la erradicación de estereotipos de género, cuestión que resulta importante en el planteamiento adecuado de acciones para la atención de las y los adictos. Ejemplo de ello es lo señalado en la fracción II de ese artículo donde desde una perspectiva de género se podría ubicar nítidamente algunas motivaciones que refuerzan el consumo de sustancias adictivas y que la publicidad refuerza con roles estereotipados.

Respecto de la farmacodependencia, la Ley General señala acciones a impulsarse para el cumplimiento del programa en condiciones semejantes a las prescritas para el alcoholismo, pues apuntan a la prevención y educación; no

obstante, no prescribe acciones a desarrollar en otros ámbitos que coadyuven a la atención integral de este problema; por ejemplo, aquellas vinculadas con la prevención de estigmas y discriminación a personas farmacodependientes; los cuales tienen una fuerte connotación de género, pues las configuraciones sociales respecto de lo masculino y lo femenino permean en el trato social que se da a los hombres y las mujeres farmacodependientes.

Es de destacar que no existen planteamientos respecto a la necesidad de realizar investigación en la materia, lo cual implica una seria limitación para conocer las condiciones de género en la explicación de las causas, manifestaciones y consecuencias de la farmacodependencia, lo cual representaría una herramienta básica para diseñar acciones más certeras en su prevención y atención. Al respecto cabe puntualizar la vinculación entre los estereotipos tradicionales de masculinidad y el consumo de estupefacientes, como un eje de análisis que contribuye a entender de mejor manera la problemática.

Dado que es competencia federal, en la Ley General (artículo 192) se puntualiza que *la Secretaría de Salud elaborará un programa nacional contra la farmacodependencia, y lo ejecutará en coordinación con dependencias y entidades del sector salud y con los gobiernos de las entidades federativas.*

Otra de las materias relacionadas con las adicciones en el ámbito de la salubridad general es la salud mental, pues como lo señala el artículo 74 fracción I, la atención de las enfermedades mentales comprende *a personas con padecimientos mentales, la rehabilitación psiquiátrica de enfermos mentales crónicos, deficientes mentales, alcohólicos y personas que usen habitualmente estupefacientes o sustancias psicotrópicas.* Conforme a la Ley General (artículo 27), ésta es de competencia del estado de Baja California y, es importante destacarlo, pues es la única de las áreas de salubridad vinculadas a las adicciones que la ley establece como parte de los servicios básicos de salud.

Esta competencia tiene implicaciones importantes en términos de la satisfacción del derecho a la protección de la salud, pues como se señala en el artículo 28, para esa y otras *materias habrá un cuadro básico de insumos para el primer nivel de atención médica y un catálogo de insumos para el segundo y tercer nivel, elaborados por el Consejo de Salubridad General a los cuales se ajustarán las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, y en los que se agruparán, caracterizarán y codificarán los insumos para la salud*. Esto es, en todas las instituciones de salud públicas, sea para población abierta o a derechohabientes de instituciones públicas (artículo 37), deben existir los insumos necesarios para la atención de la salud mental.

La normatividad incluye un capítulo específico en donde se establecen disposiciones que norman la actuación pública en la materia. Sin embargo, dichas disposiciones no tienen incorporada la perspectiva de género en términos del abordaje de la problemática. Así, por ejemplo, acertadamente se señala que las acciones de prevención en esta materia son *prioritarias*, no obstante apunta que las mismas se basarán *en el conocimiento de 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*, pero no se plantea ni siquiera de manera implícita que en la prevención y control de enfermedades mentales es fundamental tener en cuenta el sistema sexo-género en tanto muchos padecimientos están fuertemente asociados al mismo. Probablemente el ejemplo más claro de lo anterior refiere a la violencia contra las mujeres, que puede derivar en trastornos graves y permanentes en la salud mental de las víctimas directas e indirectas, y generar conductas asociadas a la farmacodependencia.

Finalmente, respecto de la materia de salubridad general referida a la *prevención, orientación, control y vigilancia en materia de nutrición, enfermedades respiratorias, enfermedades cardiovasculares y aquellas atribuibles al tabaquismo*, fuera de su mención como materia de salubridad, el resto de la ley no considera algún tipo de acción específica en la materia.

En la Ley para el control del Tabaco sí se menciona en el artículo 10 que la Secretaría de Salud establecerá los lineamientos para las acciones de ejecución y evaluación del programa contra el tabaquismo, donde se contempla (...) II. *El diagnóstico, prevención, tratamiento y rehabilitación del tabaquismo y de los padecimientos originados por él.*

Respecto de los mecanismos de coordinación para la atención de las adicciones, la Ley General en su artículo 184bis establece la creación del Consejo Nacional contra las Adicciones, el cual tiene por objeto *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 que regula el presente título, así como proponer y evaluar los programas a que se refieren los artículos 185, 188 y 191 de esta Ley. Dicho Consejo estará integrado por el Secretario de Salud, quien lo presidirá, por los titulares de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal cuyas atribuciones tengan relación con el objeto del Consejo y por representantes de organizaciones sociales y privadas relacionadas con la salud. El Secretario de Salud podrá invitar, cuando lo estime conveniente, a los titulares de los gobiernos de las entidades federativas a asistir a las sesiones del Consejo.*

Esto es, el CONADIC tiene el objetivo de promover acciones para atender y combatir las adicciones de manera coordinada con el sector social y privado y, de manera no permanente, con las autoridades de salud de las entidades federativas, a quienes como se puede apreciar no se les invita de oficio a las sesiones que tiene dicho Consejo. Esto, además de resultar un mecanismo de coordinación poco eficaz, en el caso de los programas de tabaquismo y alcoholismo resulta un contrasentido con lo señalado por la Ley, pues como ya se observó las entidades federativas tienen competencias para *organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salubridad general* en esas materias, por lo que se hace necesaria una buena coordinación.

De hecho, en el artículo 185 de la Ley se mandata a Federación y estados a coordinarse para impulsar el programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas, aunque ello lo establece en el marco del Sistema Nacional de Salud, por lo que no es congruente que en la propia Ley no se considere que el CONADIC debe ser espacio en el que converjan esos dos ámbitos de gobierno. Incluso aun en el programa contra la farmacodependencia que es de competencia federal, se precisa la coordinación con las acciones que realizan los estados, por lo que resulta inadecuada la relación que se da entre esos ámbitos de gobierno al seno del CONADIC.

### **Las adicciones en la Ley de Salud Pública para el Estado de Baja California**

En esta Ley, en correspondencia con lo establecido en la Ley General de Salud, respecto de las materias referidas a las adicciones revisadas arriba, señala en el artículo 4 que *corresponde a la Secretaría de Salud del Estado en materia de salubridad general, promover, organizar, supervisar, y evaluar la prestación de los siguientes servicios o programas:*

(...) IV Salud Mental

(...) XVII.- El Programa contra el Alcoholismo; y

XVIII.- El Programa contra el Tabaquismo

Enseguida nos avocaremos a revisar los términos en los que están considerados.

En el caso de los *programas contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas*, en particular respecto de la obtención de información que oriente las acciones en la materia, la Ley señala en sus artículos 99 y 100 exactamente lo mismo que se establece en la Ley General, por lo que son válidas las opiniones expresadas líneas arriba sobre la ausencia de la perspectiva de género respecto de la legislación en la materia.

En el caso del programa contra el tabaquismo, la Ley de Salud Pública de Baja California no contempla cabalmente el enfoque y alcance que al respecto contiene la Ley General para el control del Tabaco, que como se señaló anteriormente, es de reciente creación y mejoró y amplió lo que en la materia antes se regulaba desde la Ley General de Salud. Por ejemplo, si en la Ley General para el control del Tabaco se habla de que la Secretaría de Salud Federal erigirá lineamientos para la evaluación y ejecución del programa, lo que comprenderá, entre otras: *el diagnóstico, prevención, tratamiento y rehabilitación del tabaquismo y de los padecimientos originados por él*, en la Ley de Salud del estado se señala que se llevarán acciones para *la prevención y el tratamiento de padecimientos originados por el tabaquismo*. Es decir, la Ley no obliga a las autoridades sanitarias del estado a llevar a cabo acciones en materia de diagnóstico.

Lo anterior pudiera derivar en la ausencia de investigaciones con enfoque de género y desarrollo de estrategias específicas que permitan una atención más eficaz del tabaquismo, por medio de entender de mejor forma las causas, expresiones y manifestaciones del problema en los hombres y las mujeres que residen en Baja California.

Como se verá posteriormente, existen estudios que muestran que el tabaquismo se ha incrementado en los últimos años más en las mujeres, por lo cual conocer las causas y consecuencias de ello asociadas al género, permitirá diseñar mejores programas. Cabe destacar que focaliza en agentes como la familia, los niños y los adolescentes, sin hablar nunca de las mujeres. Además, como se puede apreciar, dicho ordenamiento no se elaboró con lenguaje inclusivo.

Respecto del programa contra la farmacodependencia, la Ley General de Salud señala en su artículo 191 que para su ejecución, *la Secretaría de Salud y el Consejo de Salubridad General, en el ámbito de sus respectivas competencias, se coordinarán* para su ejecución tomando en cuenta las siguientes acciones:

*I. La prevención y el tratamiento de la farmacodependencia y, en su caso, la rehabilitación de los farmacodependientes;*

*II. La educación sobre los efectos del uso de estupefacientes, sustancias psicotrópicas y otras susceptibles de producir dependencia, así como sus consecuencias en las relaciones sociales y;*

*III. La educación e instrucción a la familia y a la comunidad sobre la forma de reconocer los síntomas de la farmacodependencia y adoptar las medidas oportunas para su prevención y tratamiento.*

Dado que la definición del Programa Nacional contra las Farmacodependencia es competencia federal, tanto la Ley General (artículo 192) como la Ley Estatal (artículo 104) señalan que para su ejecución se coordinarán tanto las respectivas Secretarías de Salud, así como las *dependencias y entidades del sector salud*.

Es importante destacar que no se establece la obligación de realizar investigación en temas vinculados con la farmacodependencia, a diferencia de lo que sucede para el alcoholismo, para la farmacodependencia no establece la obligación de llevar a cabo acciones de investigación, por ejemplo referido a los hábitos de consumo en diferentes tipos de población, como tampoco sobre las consecuencias de la farmacodependencia en el ambiente familiar y social. Esta omisión hace que se dejen de lado no sólo estas especificidades, sino las problemáticas diferenciales que presentan hombres y mujeres, por ejemplo debido a los estereotipos de género tradicionales y a los patrones culturales que estimulan o sancionan el consumo de ciertas drogas y generan estigmas diferenciados sobre las personas farmacodependientes en función de su sexo.

Esta omisión no es subsanada por la Ley Estatal, donde sólo se plantean (artículo 106) acciones referidas al control y vigilancia sobre su expedición en establecimientos, se señala la obligación de llevar a cabo campañas de información, y de brindar *la atención que se requiera a las personas que realicen o hayan realizado el consumo de inhalantes*. Pero no se especifica que

esas campañas y atención se realicen considerando los diversos grupos poblacionales.

En resumen, en las normatividades de salud analizadas se plantean de manera escueta (tres artículos en la Ley General y dos en la Estatal) los elementos básicos que debe considerar el programa en la materia, así como las acciones fundamentales a seguir. Al igual que lo revisado anteriormente, las pocas definiciones que hacen ambas normas carecen de una perspectiva de género.

Vinculadas al tema de las adicciones, se encuentran las áreas de salud mental y los centros de rehabilitación. En el caso de la primera, como ya se señaló, es contemplada dentro del cuadro básico de atención en los servicios de protección a la salud en la Ley General, también es considerada en esos términos en la Ley local. Al igual que en el caso de la Ley General, la local cuenta con una sección denominada específicamente salud mental con seis artículos. De ellos, cinco son idénticos, salvo un añadido en la Ley de Baja California para establecer que en la difusión de las orientaciones para la promoción de la salud mental, la autoridad apoyará que se dirijan *preferentemente al núcleo familiar*, sin considerar que las personas integrantes de las familias tienen condiciones diferentes asociados a su sexo y edad que los coloca de manera diferente frente a los temas de salud mental y adicciones.

Se apunta lo anterior porque así como la legislatura local decidió fijar como prioritario el núcleo familiar en la difusión de las orientaciones de la salud mental, también pudo hacerlo en materia de género, lo cual no se contrapone con lo definido ni con lo establecido en esta Ley, ni con lo señalado en la Ley General. Más adelante se apuntarán las bases bajo las cuales se plantea la atribución que ha tenido y tiene la legislatura local para incorporar dicha perspectiva, atribución que, como se ha visto, no ha sido ejercida en ningún ámbito por ese poder local, sino que se ha restringido a los límites de derechos y servicios de salud planteadas por el legislativo federal.

El único artículo específico de la Ley local establece que el estado o los municipios podrán crear instituciones para la atención de las personas enfermas mentales. Sin embargo, no se hace alusión siquiera a la necesidad de que dichas instituciones contemplen dar un tratamiento diferenciado grupos específicos de población como hombres y mujeres en sus diferentes edades, o al menos a las condiciones de la infraestructura que garanticen la seguridad de las mujeres.

Una materia de salubridad local vinculada al ámbito de las adicciones, lo constituye el control sanitario de los centros de rehabilitación y reintegración de personas con problemas de alcoholismo y drogadicción (artículo 5). No obstante, en el resto de la Ley de Salud del Estado esta materia no se aborda más. El tema de adicciones, es materia de una legislación específica que se erigió en Baja California, la cual se analizará enseguida.

### **Incorporación de la perspectiva de género en la Ley de rehabilitación y reintegración social de personas con problemas de drogadicción y alcoholismo para el Estado de Baja California**

*La Ley de rehabilitación y reintegración social de personas con problemas de drogadicción y alcoholismo para el Estado de Baja California fue publicada en el Periódico Oficial del Estado de Baja California el 13 de octubre de 1995.*

Esta ley se dirige a establecer las bases mediante las cuales se dará atención a personas con problemas de drogadicción y alcoholismo. Tiene por objeto *regular la prestación de asistencia integral a individuos con problemas de drogadicción y alcoholismo que deseen rehabilitarse y reintegrarse a la sociedad* (artículo 1). Establece para el Ejecutivo Estatal la obligación de *apoyar el establecimiento de instituciones del sector social o privado, que proporcionen servicios de rehabilitación y reintegración de drogadictos y alcohólicos, llevándolo hasta las comunidades marginadas, a través de las acciones, programas o mecanismos que impulsen u opere el Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California* (artículo 5).

Además, contiene disposiciones relativas a la creación de la Comisión Interdisciplinaria, que es el órgano de gobierno encargado de coordinar las acciones en la materia, para lo cual también contempla los mecanismos específicos bajo los cuales se debe llevar a cabo. La ley define las bases generales para creación y las funciones sustantivas de los Centros de Rehabilitación, y la definición general de los servicios de rehabilitación, educación y el trabajo.

Debe destacarse que igual que otros documentos normativos, este carece de lenguaje inclusivo, pues para referirse a su población objetivo lo hace como: individuos, usuarios, drogadictos, alcohólicos; aunque en algunos momentos utiliza un lenguaje neutro, como cuando refiere a personas. Al no hacer distinción entre sexos hablando específicamente de las necesidades de unos y otras, invisibiliza a las mujeres como sujeto de atención, y a su problemática en particular.

Aunque la Ley contempla algunos elementos que se relacionan con el objetivo de equidad, igualdad e inclusión, estos atienden a cuestiones de desventaja social y económica (artículo 5... *llevándolo hasta las comunidades marginadas...*), mas no a cuestiones de género.

La ausencia de la perspectiva de género en esta normatividad limita los alcances de la acción pública que se espera con la aplicación de la Ley. Es decir, el hecho de que el proceso de rehabilitación orientado a la reintegración del entorno social, no se plantee incidir en aquellos factores asociados al género que influyen tanto en las causas de las adicciones como en el proceso de recuperación, puede conducir a resultados parcialmente exitosos, e inclusive, por desconocimiento, se pueden realizar acciones que reproduzcan roles tradicionales de desigualdad entre mujeres y hombres, que en ocasiones operan a favor de los factores que hacen posible las adicciones. Lo anterior, tomando en cuenta que el consumo de alcohol y sustancias adictivas son factores asociados a incidentes de violencia contra mujeres, niños y niñas; o que la excesiva carga de trabajo de las mujeres o la violencia de pareja que

enfrentan son factores asociados al consumo de drogas; o los patrones tradicionales de masculinidad que incitan a varones al consumo de las mismas. Por lo cual, la incorporación de la perspectiva de género brinda categorías analíticas para un mayor entendimiento del problema, lo cual incrementa las posibilidades de diseñar políticas más eficaces.

El objetivo relacionado con establecer un ambiente libre de violencia, se encuentra ausente en esta Ley, cuestión que resulta grave dada la fuerte vinculación que existe entre la violencia de género y las adicciones. La cual se expresa de diversas formas: en problemas de violencia de hombres bajo el influjo de sustancias adictivas hacia las mujeres; en mujeres que recurren a esas sustancias como una forma de evasión de los problemas que les genera la violencia; así como la violencia de género, en el ámbito familiar, comunitario, e incluso institucional (en centros de rehabilitación o instancias penales) que se suscita hacia mujeres adictas.

Tampoco la Ley busca colaborar en la transformación de las relaciones de género que se dan en los ámbitos laboral y familiar. En el artículo 15 se señala que *se entiende por rehabilitación el conjunto de medidas médicas, psicológicas, sociales, espirituales, educativas y ocupacionales que tienen por objeto que los alcohólicos y drogadictos puedan recuperarse a fin de realizar actividades que les permitan ser útiles a sí mismos, a su familia y a la sociedad.* No obstante, no se establecen las relaciones desiguales y los estereotipos de género como factores que inciden en el consumo y -por tanto- en la rehabilitación de las personas adictas y de su entorno familiar y social, lo cual resulta en una limitación importante en el entendimiento y atención de la problemática.

Aún cuando en la Ley se contempla (artículos 18, 19, y 20) la reintegración social de las personas adictas en los ámbitos escolar y laboral, escolarizándolas y capacitándolas para el trabajo, plantea como único medio para ello llevar a cabo convenios con la Secretaría de Educación Pública y con la Secretaría de Trabajo y Previsión Social. Esta limitada perspectiva de

reinserción social deja de lado múltiples factores determinantes para una reintegración más adecuada. En el caso de los factores asociados al género, por ejemplo, no se plantea que para la reintegración social de las personas adictas en esos ámbitos se procure un ambiente que evite su estigmatización, exclusión y discriminación, y respetando sus derechos humanos, todo ello considerando la identidad y necesidades específicas de hombres y mujeres. Tampoco se hace mención del trabajo que en tal sentido pudiera desarrollar el Instituto de la Mujer, por lo cual no se establece la realización de convenios con tal instancia.

Finalmente, se puede observar que el contenido de la Ley no atiende al objetivo de erradicar los estereotipos de género, siendo que dichos estereotipos tienen asociaciones importantes con el consumo de distintas sustancias adictivas. Como se ha señalado, los estereotipos vinculados a la masculinidad estimulan el consumo temprano de alcohol, algunas drogas y tabaco, por ejemplo; y los estereotipos vinculados a la feminidad provocan mayor discriminación, estigma y violencia contra las mujeres adictas; entre otras múltiples relaciones entre los estereotipos de género y las adicciones que debieran ser consideradas.

Además de las señaladas omisiones, la Ley no establece criterios de género que complementen y enriquezcan los modelos de atención del problema que se configuran en la Norma Oficial en la materia, limitándose a señalar que la Comisión Interdisciplinaria tiene la atribución de ejecutar "(...) en forma coordinada con las autoridades federales y municipales planes y programas aplicables a la materia". Cabe señalar que, si bien las Normas Oficiales son la base normativa bajo las cuales se deben desplegar los servicios de salud en el tema, ello no elimina la posibilidad de que una norma de orden superior como lo son las leyes, pueda establecer criterios que enriquezcan las bases de los modelos de intervención que de ella se desprenden.

En este sentido, es importante destacar que tampoco las normas oficiales contemplan los objetivos de equidad, pero ello no impide que a nivel estatal se subsanen las carencias.

A ese respecto, es importante destacar que la *NOM-028-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones*, regula diversos aspectos del proceso general de atención, por lo que se considera que también regula los modelos para la rehabilitación y reintegración social, así como los servicios de *asistencia médica y rehabilitatoria*, que la Ley contempla en su artículo 12. No obstante ello, dicha Ley no menciona siquiera que se ceñirá a los procedimientos y criterios establecidos en la norma señalada. Apunta que la Comisión Interdisciplinaria tendrá las siguientes atribuciones (artículo 8):

*(...) II.- Prestar asistencia técnica a organismos públicos o privados cuyos objetivos sean afines a los de la presente Ley, con base en los lineamientos fijados por la Secretaría de Salud u otras Instituciones dedicadas a la rehabilitación de personas con problemas de adicción.*

*(...) IV.- Ejecutar en forma coordinada con las autoridades Federales y Municipales planes y programas aplicables a la materia.*

La Ley debe contemplar la incorporación de la perspectiva de género en los modelos de rehabilitación y reintegración de los adictos, que partan de un diagnóstico de la problemática diferenciado por sexo, incluyendo variables como la edad, pertenencia étnica y nivel socioeconómico, de tal forma que se puedan identificar las condiciones y contextos diferenciados del problema, así como las necesidades específicas a atender en los modelos. En caso contrario se pueden omitir datos importantes para el diseño de programas, como el hecho de que las mujeres solicitan ingresar a los Centros de Rehabilitación a menor edad que los hombres; o que en Baja California el 11% de las muertes en hombres está asociado al consumo de alcohol, siendo el principal factor de mortalidad, lo cual está asociado a factores de género que deben ser incorporados al diagnóstico y la atención.

Un elemento importante de esta Ley, es que busca sentar las bases de la coordinación interinstitucional y con los sectores social y privado, para trabajar a favor de la rehabilitación de los adictos, bases que son importantes de considerar en la tarea de incorporar la perspectiva de género en la materia. Por ejemplo, en el artículo 8 se estipula que son funciones de la Comisión Interdisciplinaria señalada:

*(...) II.- Determinar y distribuir la asignación de los recursos o subsidios que requieran las instituciones que cumplan con lo dispuesto por la fracción I de este artículo, vigilando su destino y aplicación mediante visitas e inspecciones o por medio de las constancias documentales que lo acrediten;*

Asimismo, en el artículo 8 se señala que son atribuciones de la Comisión Interdisciplinaria:

*(...) V.- Proponer al Ejecutivo del Estado la celebración de convenios o acuerdos de coordinación y concertación de acciones con las Instituciones Públicas y Privadas de Educación y Salud que tengan como finalidad obtener y capacitar recursos humanos y técnicos especializados en el área a que se refiere esta Ley.*

Como fue señalado anteriormente, es importante que en estos mecanismos se incorpore la coordinación con el Instituto de las Mujeres a fin de garantizar la inclusión del enfoque de género y los objetivos de igualdad y no discriminación.

### **Incorporación de la perspectiva de género en la Ley que Protege los Derechos de los NO Fumadores en el Estado de Baja California.**

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones 2002, *en México, más de 53 mil personas fumadoras mueren al año por enfermedades asociadas al tabaquismo, lo que significa que al menos mueren 147 personas diariamente.* Dado ese potencial de muerte y de incidencia en la morbilidad de millones de mexicanos y mexicanas, es que se considera que el tabaquismo constituye un riesgo grave para la salud, que debe ser atendido de manera prioritaria por el

gobierno. No obstante ello, en el *Programa Estatal de Desarrollo 2008-2013*, no se hace mención del padecimiento, ni aún en el apartado de adicciones.

La Ley que Protege los Derechos de los NO Fumadores en el Estado de Baja California, fue publicada en el *Diario Oficial* el 06 de octubre de 1995, tomo CII. Desde entonces ha sido reformada en varias ocasiones, la última de las cuales fue en 2005.

Dicha Ley se plantea como objetivos (artículo 1)

*I Establecer las medidas para proteger la salud de las personas no fumadoras de los efectos que causa la inhalación involuntaria de humos producidos por la combustión de tabaco en cualquiera de sus formas, en los sitios señalados en el presente ordenamiento.*

*II La prevención, concientización y difusión de los daños en la salud que ocasiona el tabaquismo.*

El lenguaje en algunas ocasiones se refiere a las personas, en tanto que en otras se refiere exclusivamente a hombres, pues habla de propietarios, poseedores o responsables de los inmuebles, con lo cual no hace visibles a las mujeres.

La ley no contempla ninguno de los objetivos de género planteados en la metodología para llevar a cabo este diagnóstico. Aunque considera adecuadamente acciones por parte de las autoridades para la prevención del tabaquismo, no obstante, no se plantean a partir de una perspectiva de género. Ignorar las especificidades de hombres y mujeres en el problema puede traer consecuencias en la eficacia en su atención. De acuerdo con cifras oficiales (ver *Plan Nacional de Salud*, p. 44) el consumo de tabaco en las mujeres se ha incrementado en los últimos años, particularmente en las jóvenes, lo que se debe analizar ubicando causas, atendiendo a cuestiones de género. Por ello es importante que la Ley parta de un diagnóstico del problema con perspectiva de

género que permita contener criterios, lineamientos y mandatos acordes con las necesidades, posiciones y visiones específicas.

### **Incorporación de la perspectiva de género en la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999 Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones**

La NOM-028-SSA2-1999 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones fue publicada el 15 de septiembre del 2000. Tiene por objeto: (Numeral 1.1) *establecer los procedimientos y criterios para la prevención, tratamiento y control de las adicciones*. El primer propósito se dirige a la población en general, en tanto que los segundos de manera particular a la población que ya presenta el problema de adicción.

La norma contiene un lenguaje inclusivo (usuarios, usuarias) cuando se hace referencia a la atención, lo cual representa un principio importante para la equidad de género, pues *a priori* se visibiliza a las mujeres como sujetas de la problemática y de la política de atención.

Asimismo, esta norma reconoce las necesidades que presentan los usuarios y usuarias y los servicios diferenciales que requieren en los Centros de Rehabilitación. Cabe mencionar, que esta normatividad contempla instancias públicas y privadas.

Los siguientes numerales verifican el argumento de que la ley considera igualdad e inclusión para ambos sexos, antes señalado:

**8.1** *Cuando los recursos del establecimiento no permitan la atención del problema de la o el usuario, se deberá enviar a otro establecimiento en el que se asegure su tratamiento, debiendo cumplir con los requisitos del establecimiento al que será remitido, tomando en cuenta el tipo de sustancia utilizada, edad, género, patrones de consumo, síndrome de dependencia de las sustancias psicoactivas y problemas asociados al consumo.*

**9.3.3.2.5.2** *Sanitarios y regaderas independientes, para hombres y para mujeres, y horarios diferentes para el aseo personal, tanto de hombres como de mujeres.*

**9.3.3.2.5.3** *Dormitorios con camas independientes y con armarios personales, para hombres y para mujeres.*

**9.3.4** *En los establecimientos que operan con el modelo mixto que presten servicios de consulta externa e internamiento, la atención debe brindarse de acuerdo con lo establecido en los numerales 9.3.1 al 9.3.2.3.6 de esta Norma. Cuando sean manejados por adictos en recuperación, la atención debe brindarse conforme a lo establecido en los numerales 9.3.3 al 9.3.3.2.5.14 de esta Norma.*

**5.4.2** *La alimentación suministrada a las o los usuarios debe ser balanceada, de buen sabor y aspecto, en cantidad suficiente para una adecuada nutrición, y servida en utensilios higiénicos, de acuerdo al estado de salud de la o el usuario.*

Pese a lo anterior, resalta el hecho de que en la etapa de prevención del padecimiento se utiliza un lenguaje genérico masculino (individuos). Esto resulta ser excluyente para las mujeres y puede contener de fondo una concepción sexista en cuanto a la problemática, particularmente en esta etapa del padecimiento. Es de suma importancia identificar las necesidades e implicaciones de hombres y mujeres para la atención de este y otros padecimientos, tanto para la atención como para disminuir las brechas de género en cuanto a la atención.

Resulta importante retomar aquellos aspectos dónde se podían y debía tomar en cuenta criterios de inclusión de género y no se hizo, por ejemplo:

**6.1** *Para realizar las acciones de prevención, es necesario tomar en cuenta: la percepción de riesgo de consumo de sustancias en general, la sustancia psicoactiva; las características de los individuos; los patrones de consumo; los*

*problemas asociados; así como los aspectos culturales y las tradiciones de los distintos grupos sociales.* Como se puede observar, a pesar de reconocer la necesidad de atender a ciertas especificidades (en este caso concernientes a aspectos culturales y de grupo social), no se está considerando aquellas derivadas a partir del género.

Es decir toma en cuenta para prevenir las adicciones características de las personas y de los grupos sociales a los que están adscritas, pero no se señalan de manera explícita consideraciones de género, como pudieran ser patrones de consumo en virtud de roles de género estereotipados. Un riesgo de que la norma no considere un análisis de género es que se reproduzca prejuicios sexistas en la atención, desde el diseño de una política que suponga que la adicción es un problema fundamentalmente masculino, hasta malos tratos, discriminación o violencia a las mujeres adictas.

En este tenor, es importante mencionar que de los programas revisados tanto a nivel federal como estatal, el problema de adicciones no se integra a otro programa sectorial, sólo al de jóvenes.

Un objetivo de equidad que no está contemplado en la norma es el de la división equitativa del trabajo. Esto resulta importante ya que como parte de la rehabilitación y reinserción social, se debe promover la integración de una perspectiva de género en este y otros temas. Existen diversos aspectos que relacionan la división sexual del trabajo con el tema de adicciones, por ejemplo el cuidado de las y los hijos de las mujeres adictas durante el proceso de rehabilitación; la relación entre el incremento de la carga laboral de las mujeres (doble o triple jornada) y el consumo de drogas; el peso del rol tradicional de abastecedor del hombre en tiempos crisis y desempleo y su relación con el incremento en el consumo de drogas, etcétera.

Asimismo, es preocupante que no se contemple el objetivo concerniente a la promoción de un ambiente libre de violencia, pues existe una relación importante entre el problema de las adicciones y violencia (contemplando en

esta, también, la violencia de género). En este sentido, resulta fundamental para garantizar un tratamiento adecuado tanto para el paciente como para los familiares o involucrados las/los usuarias/os.

La norma tampoco contempla la conciliación de los ámbitos laboral y familiar. Esto pese a que en el artículo 3, plantea *la reinserción adictos a un estilo de vida y entornos favorables que permitan el desarrollo al máximo del potencial de cada persona, dentro de los factores a transformar para acceder a esa vida saludable*. De hecho no incorpora en esa reinserción la perspectiva de género. Resulta importante considerar, por ejemplo, que una acción que puede ser favorable en procesos de rehabilitación es la realización de trabajo remunerado, fuera del ámbito del hogar, a manera de terapia ocupacional y forma de sustento, para las persona adictas, por lo cual sería necesario impulsar acciones conciliatorias que permitan que las mujeres puedan dedicar tiempo a la realización de un trabajo en el mercado sin que ello represente una doble jornada. Por lo cual, para lograr la reinserción de adictos/as a entornos favorables es importante tener como objetivo avanzar en la conciliación de las esferas laboral y doméstica.

Esa norma, conforme a lo señalado en la Ley General de Salud, (Numeral 1.2) *es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para los prestadores de servicios de salud del Sistema Nacional de Salud y en los establecimientos de los sectores público, social y privado que realicen actividades preventivas, de tratamiento y de control de las adicciones*. Las dependencias involucradas en su aplicación son: a) Centros de Rehabilitación, b) Consejo Estatal contra las Adicciones; y c) Consejo Nacional contra las Adicciones.

Para llevar a cabo las disposiciones de esta norma, se establecen los siguientes mecanismos de coordinación:

6.2.1, 6.2.1.2; y 6.2.1.3. **En materia de promoción de la salud:** *Asumir los objetivos de la educación para la salud y la promoción de la participación social, orientadas a formar conciencia y responsabilidad, así como a promover*

*la salud integral entre la población. Y llevar a cabo, con énfasis en los ámbitos escolar, familiar y laboral, especialmente, en los grupos de alto riesgo.*

6.2.1, 6.2.1.2; y 6.2.1.3. **En materia de promoción de la salud:** *Asumir los objetivos de la educación para la salud y la promoción de la participación social, orientadas a formar conciencia y responsabilidad, así como a promover la salud integral entre la población. Llevarla a cabo, con énfasis en los ámbitos escolar, familiar y laboral, especialmente, en los grupos de alto riesgo.*

6.2.2; y 6.2.3.1. **En materia de educación para la salud:** *Establecer comunicación entre los sectores, grupos, autoridades y líderes de la comunidad, de tal manera que permita y favorezca la realización de acciones coordinadas y permanentes*

6.2.4, 6.2.4.5, 12.; y 12.2.4. **En materia de comunicación educativa:** *Vincular las acciones de difusión con programas preventivos y de atención, generando mecanismos que permitan, tanto la resolución de dudas, como el apoyo interpersonal. El seguimiento de los programas y acciones que se realizan en todos los establecimientos permitirá determinar el grado en que se obtengan los resultados esperados, y la medida en que se cumplan los objetivos para los que fueron creados. Reportar las actividades al Consejo Estatal contra las Adicciones, con una periodicidad trimestral, conforme a los procedimientos establecidos por el CONADIC.*

13, 13.1, 13.2.4, 13.3; y 13.3.2. **En materia de capacitación y enseñanza:** *Las acciones de capacitación y enseñanza deberán aplicarse con el objeto de contar con recursos humanos, profesionales y técnicos suficientes y bien preparados para afrontar el problema, apoyar la creación de programas integrales sobre prevención, investigación, tratamiento, rehabilitación y control del tabaquismo, el alcoholismo, el abuso de bebidas alcohólicas, y de la farmacodependencia, así como elevar la calidad de tales acciones y fomentar el intercambio de experiencias y conocimientos. Los establecimientos deben informar al CECA y al CONADIC, las fechas y horarios en que se realizarán*

*dichos eventos, para que de así considerarlo conveniente, se difundan en el ámbito nacional. Y en cuanto a enseñanza, se establece solicitar apoyo y asesoría técnica al CECA y al CONADIC.*

En estos mecanismos es importante considerar la participación del Instituto de la Mujer a fin de garantizar la inclusión de la perspectiva de género en todas las materias consideradas.

## **Programa contra las adicciones**

En Baja California la institución encargada de coordinar las acciones en contra de las adicciones es el Consejo Estatal contra las Adicciones. Dicho órgano tiene funciones básicamente de coordinación de las diversas instancias que trabajan en el gobierno del estado, siendo el Instituto de Psiquiatría de Baja California el que funciona como eje articulador del Consejo.<sup>169</sup> De hecho, el presupuesto para el combate a las adicciones es manejado por el Instituto a través del programa prevención y atención integral de las adicciones, que es operado por la dirección de adicciones, el cual será el objeto de análisis de este diagnóstico.

## **Diagnóstico**

Para cumplir con su cometido, el programa afirma sustentar el diseño de sus acciones en la investigación y monitoreo que lleva cabo sobre el comportamiento de las adicciones, para lo cual cuenta con una subdirección de investigación de adicciones. Producto de este trabajo de investigación y estadística se elabora el documento *Observatorio Estatal de las Adicciones, Baja California*, que en su edición 2008 presenta información sobre la

---

<sup>169</sup> El Presidente del Consejo es el Gobernador; el Coordinador de dicho órgano es el Secretario de Salud, y el Secretario Técnico del mismo es el titular del Instituto de Psiquiatría. De acuerdo con información proporcionada por un funcionario del programa en entrevista realizada en noviembre de 2009, *el Consejo Estatal contra las Adicciones es la entidad normativa y genera las políticas en la materia. El instituto de psiquiatría es el órgano operativo de esas políticas a través de la dirección de adicciones.*

incidencia del problema, a partir de diversas fuentes de información que derivan de las vertientes de acción del programa.<sup>170</sup>

Una primera constatación es que el documento no maneja un lenguaje inclusivo. Como elemento positivo, las estadísticas del problema de las adicciones en el estado aportadas se encuentran desagregadas por sexo. Sin embargo, no hay ningún tipo de análisis -ni siquiera descriptivo- de ese cúmulo de información, que permita analizar las causas, expresiones y consecuencias diferenciadas del problema entre hombres y mujeres.

De los datos ahí expuestos se destaca que en los últimos cuatro años el consumo de algún tipo de droga se ha incrementado en el sexo femenino, pasando de 29.5 en 2004 a 41.1 en 2007. En contraste, los hombres presentan una disminución en el consumo de drogas, pasando 70.5 en 2004 a 58.8 en 2007.<sup>171</sup> En el diagnóstico no se profundiza acerca de las causas y consecuencias de esa tendencia.

Al realizar un cruce entre sexo y edad, el estudio revela que es el grupo de 20 a 24 años de edad en el cual se manifiesta el mayor consumo por parte de las mujeres, en tanto que el de los hombres es de los 25 a 29 años. Un 26% de las mujeres ha consumido solo una sustancia adictiva en el último año, en tanto que un 13% ha consumido dos. En el caso de los hombres estos porcentajes son de 34 y 21.8% respectivamente.

Otro dato interesante desagregado por sexo, es el relativo a la solicitud de ayuda por parte de las mujeres, donde en 2007 se observa un 33%, lo que representa un incremento de casi 100% respecto del observado en 2006,

---

<sup>170</sup> En el documento se asegura que “todas ellas (*sic*) fuentes de información que consideramos valiosas para la toma de decisiones, así como para el diseño de nuevos instrumentos para la obtención de información lo cual sustentará las estrategias encaminadas a reducir los factores de riesgo, aumentar los espacios que proporcionen ambientes seguros para reducir la probabilidad del contacto con sustancias adictivas y contar con un mayor número de escuelas Libres de Humo de Tabaco”, la cual es una de sus vertientes. p. 4

<sup>171</sup> Ver apartado “Detección de consumo de sustancias adictivas en comunidad en Baja California”, p. 10, Observatorio Estatal de las Adicciones. Baja California 2008, Editado por el Instituto de Psiquiatría de Baja California, s/f. No se presentan datos del tamaño y técnica de muestreo, por lo que no se puede saber si se levantaron encuestas por sexo y si ese número guarda alguna relación con la proporción de hombres y mujeres en el estado o municipio.

aunque aun se manifiesta por debajo del 42% registrado en 2004. Esa solicitud de ayuda, como señala el documento, *se observa primordialmente en el género masculino, donde se encuentra el 47.8% de los usuarios que consumieron alguna sustancia adictiva. En la mujer se observa que en el grupo de 15 a 24 y de los 30 a 39 años, es donde predomina la solicitud de ayuda para dejar de consumir en un 26% y 25% respectivamente.* Nuevamente el diagnóstico no ofrece un análisis más profundo que intente indagar acerca de las causas de la dinámica observada por género, y su relación con el sistema sexo-género, lo cual brindaría elementos importantes para el mayor entendimiento del problema.

Sobre el de consumo de tabaco, un 41.3% se concentra en mujeres y 58.7% en hombres, situación que mantiene la tendencia captada por el estudio en años anteriores. Además, se observa que la edad de mayor incidencia en mujeres es en el rango de 20 a 24 años, en tanto que en hombres se sitúa entre los 25 y 29 años.

En el caso del consumo de alcohol, este se sitúa en un 38.8% en mujeres contra un 61.1% en hombres, siendo el rango de edad de mujeres donde tiene más incidencia el que comprende los 20 a 24 años, en tanto que en hombres se ubica entre los 25 y 29 años.

En las estadísticas generadas por el Instituto de Psiquiatría se registra un crecimiento vertiginoso del consumo de marihuana por parte de las mujeres, pues del total de consumidores las mujeres constituyen el 32% en 2007, siendo que en 2004 apenas se registraba un 6.6%. En contraste, los hombres dejan de representar la apabullante mayoría de 93% en 2004, y pasan a representar el 67% en 2007. En sólo cuatro años, la relación de consumo de marihuana entre mujeres y hombres pasó de ser de nueve a uno, a dos a uno.

Del resto de sustancias adictivas que se presentan en las estadísticas, destaca que en todos los casos el consumo de mujeres crece de manera notable respecto a años anteriores, y en algunos casos representa una tendencia

constante, como las metanfetaminas, la cocaína y los psicotrópicos, que representan el crecimiento mayor de todas las sustancias adictivas presentadas en el documento: 50% son mujeres y 50% hombres.

En relación al grupo de edad que registra la mayor incidencia del consumo de marihuana, y en general en sustancias adictivas legales (alcohol y tabaco), este se ubica en las mujeres de 20 a 24 años, en tanto que en hombres se concentra más en el de 25 a 29 años. Lo que muestra cómo las mujeres jóvenes son quienes más consumen esas sustancias permitidas, ligeramente en mayor proporción que los hombres. Caso contrario ocurre en cuanto a drogas ilegales, donde son los hombres jóvenes quienes concentran la mayor cantidad de consumidores, en tanto que las mujeres, si bien empiezan también tempranamente, no lo hacen en la misma proporción que los hombres.

De acuerdo con el programa, *el 47.2% de la población ha consumido algún tipo de droga, incluyendo alcohol y tabaco. Sin embargo, con respecto a 2006 y 2007 se observa una disminución en la incidencia. Sobre todo en los índices de edad más joven. Se tiene un fuerte problema con el alcoholismo. Hay un fuerte consumo de metanfetaminas. La primera droga que se está utilizando ilegal es la marihuana; y de ahí, depende del lugar, siguen las metanfetaminas o la heroína. En el caso de Mexicali, la heroína es el segundo lugar en drogas ilegales, en el caso de Tijuana y Ensenada, son las metanfetaminas, donde la proporción hombre mujer ya más o menos están casi a la par. La edad de inicio, las seguimos ubicando en los diez años. La edad productiva es la que se ve principalmente afectada.*<sup>172</sup>

Otra fuente de información que contiene el documento referido, son las encuestas que se aplican a los usuarios y usuarias de los Centros de Rehabilitación, mediante los reportes de SISVEA (Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones).<sup>173</sup> Más adelante se hará un análisis del tipo

---

<sup>172</sup> Entrevista con funcionario del programa, noviembre de 2009.

<sup>173</sup> Es necesario señalar que los datos SISVEA señalados en el documento aquí analizados, son recogidos por el propio Instituto, los cuales se agregan *propio sistema de evaluación y*

de estadística que compendia SISVEA a través del Departamento de Epidemiología del ISSESALUD.

De los datos SISVEA reportados en el documento *Observatorio Estatal de las Adicciones, Baja California 2008* antes citado, destacan que de 2006 a 2007 creció el número de internos e internas en más de 25%, aunque no se puede saber en qué proporción fueron hombres y cual mujeres, debido a que no se presenta la información desagregada por sexo. Esto sería importante saber, a fin de ubicar las tendencias y buscar tratamiento por parte de hombres y mujeres, además de conocer las razones de las diferencias, en caso de haberlas. De hecho, inexplicablemente no se ofrece el dato de cuántos hombres y mujeres están utilizando los servicios de los Centros de Rehabilitación, aunque se infiere que son en su mayoría hombres, dado que no existen Centros mixtos y los de mujeres son sólo cinco.<sup>174</sup>

Sería conveniente que se abrieran más Centros de Rehabilitación para mujeres, dado el crecimiento de consumo de sustancias adictivas en ese sector de la población ha crecido de manera vertiginosa en los últimos años, como ya se apuntó líneas atrás, así como sería necesario impulsar acciones de promoción e información dirigidas específicamente a las mujeres, toda vez que de la información queda de manifiesto que ellas son las que menos solicitan ayuda.

Analizada la información por grupo de edad, se ubica que el 60% de las internas tienen entre 16 y 30 años, en tanto que en el caso de los hombres esos grupos de edad acumulan el 45% de los internos. Situación que refleja que las mujeres acuden más tempranamente a los Centros de Rehabilitación, lo cual, vinculado al hecho de que un porcentaje importante de ellas (30%) se encuentra casada o en unión libre, hace que muchas mujeres enfrenten situaciones que hacen más complejo el tratamiento, dado que una parte

---

*diagnóstico continuo* del programa, según información del funcionario del programa entrevistado.

<sup>174</sup> De acuerdo con el funcionario del programa entrevistado, *los centros para atención de mujeres son unos cuantos, solo uno por municipio.*

importante tienen hijos. Este último dato desgraciadamente no es considerado en el reporte señalado, pero se puede inferir a partir de las estadísticas sobre embarazo adolescente, expuestas en el apartado de marco contextual de este diagnóstico, donde se muestra que Baja California presenta una tasa muy elevada respecto de lo que acontece en el plano nacional.

Ello obligaría a tomar medidas específicas al respecto, pues no es lo mismo atender a una adicta joven que no vive en pareja, que a una mujer adicta madre de familia. Lo anterior atendiendo a los roles tradicionales de género predominantes en México, y de ello Baja California no escapa, que asignan el cuidado del hogar y los hijos e hijas a las mujeres.

Esto último es reconocido por el titular del Instituto, quien señala que *se tienen que considerar las dificultades a las que se enfrenta una mujer adicta, que son mayores a las que debe enfrentar un hombre adicto. Además el estigma es más grave en la mujer, sobre todo si ésta tiene hijos.*<sup>175</sup>

De hecho, un dato relevante es que dos de cada tres mujeres son ingresadas por sus familiares y sólo 28% lo hace por su propia voluntad, lo que podría estar asociado a varios factores vinculados al género: el peso de esos estigmas, el grado de dependencia, las responsabilidades en el cuidado de los/as hijos/as, la falta de apoyo de las familias, que en más casos les impide solicitar ayuda por su propia voluntad para salir del círculo de las adicciones. En contraste, los hombres en un 48% ingresaron a petición de sus familiares, y un 45% lo hizo por propia voluntad.

Vinculado a lo anterior, está el dato de que la causa de egreso en el caso de los hombres en un 44% se debe a petición de los familiares, en tanto que el haber terminado el tratamiento sólo sea razón para que salga el 3%. En contraste, 9% de las mujeres sale por haber terminado el tratamiento, en tanto que sólo el 16% lo hace a petición de familiares. Lo anterior muestra como,

---

<sup>175</sup> Al respecto, el funcionario del programa entrevistado considera que *se deben crear instancias para atenderlas (a las mujeres adictas madres de familia) pues no le puedo decir deja a tus hijos 3 ó 6 meses para que te rehabilites, ni puede llevarlos porque tendrían contacto con otras adictas, lo que sería de riesgo para el niño.*

pese a que son familiares los que internan a las mujeres, no son ellos principalmente los que solicitan su salida, lo que pudiera estar sugiriendo una situación de olvido de las mujeres por parte de su familia, lo que seguramente impacta en el éxito en la rehabilitación.

Como se puede apreciar, se cuenta con información importante generada, integrada y analizada por el propio Instituto, que permite conocer tendencias del comportamiento de hombres y mujeres frente a la variedad de sustancias adictivas. Ello representa un avance sustantivo respecto de lo que se lleva a cabo en otras dependencias del sector, además de la forma en la que se estructura la información. Aunque en análisis es insuficiente, como se verá posteriormente.

Es relevante el hecho de que la forma en que el SISVEA estatal compendia la información, en el marco de los lineamientos del SISVEA definidos a nivel nacional, muestra mayores indicios de un interés por visibilizar la problemática específica de las mujeres en relación con la rehabilitación de adicciones. Por ejemplo, el Informe 2007 de SISVEA<sup>176</sup> contiene datos que aunque no se presentan en términos absolutos, sí permiten saber que el 91.8% del total de personas que asistieron a los Centros de Tratamiento no Gubernamentales según droga de impacto<sup>177</sup> son hombres, en tanto que el 8.2% son mujeres. En particular, se ubica en los datos SISVEA que las drogas que en mayor medida motivaron a las mujeres a solicitar ayuda, fueron el tabaco, las drogas ilegales<sup>178</sup> y los tranquilizantes. Permite ubicar también que a los Centros de Integración Juvenil asisten proporcionalmente menos mujeres que hombres, dado que ellas conforman el 23% de quienes solicitan servicios, en tanto que

---

<sup>176</sup> Se toma referencia 2007 porque es el mismo año de los datos del documento *Observatorio*, además de que son los que se recuperan en la Introducción de la Encuesta Nacional de Adicciones 2008 (ENA 2008), que se analiza más adelante. Las fuentes de los datos de SISVEA son, además de los Centros de Tratamiento no gubernamentales que reporta el Observatorio, los Centros de Tratamiento gubernamentales, los Consejos Tutelares para Menores, los Servicios Médicos Forenses y de manera periódica Servicios de Urgencias de Hospitales de segundo nivel.

<sup>177</sup> Aquella droga que el paciente identifica con mayor capacidad para producirle efectos negativos (de salud, familiares, laborales, etc.) y que lo motiva a solicitar atención médica, definición tomada de la ENA 2008

<sup>178</sup> Así clasificadas en el Informe están los *alucinógenos, basuco y otros psicotrópicos*.

los hombres constituyen el 77%. Y que las drogas de impacto que inciden más en las mujeres que acuden a dichos Centros son las de *diseño, el tabaco y la cocaína*.

Fuera de eso, la estadística contenida en el Informe SISVEA, no contiene datos que permitan indagar en torno a cuestiones que refieran las especificidades de mujeres y hombres ante el problema de las diversas sustancias adictivas. Incluso la estadística sistematizada por el Instituto resulta mejor para esos fines, pues teniendo la misma fuente, el SISVEA no realiza un cruce de información en variables sustantivas para ubicar el comportamiento del fenómeno en hombres y mujeres, que permita consecuente y coherentemente diseñar acciones específicas.

Además de esos datos, están los que registra la Encuesta Nacional de Adicciones 2008 (ENA 2008), que ya fueron presentados en el apartado contextual de la salud de este diagnóstico. Estos datos, aunque tampoco son planteados en un lenguaje inclusivo, si abordan la problemática planteando de manera desagregada para hombres y mujeres algunos tópicos del consumo de sustancias adictivas.<sup>179</sup>

Sintetizando cómo diagnostica el programa el problema de las adicciones, queda claro que realiza un esfuerzo importante y de calidad para levantar, procesar y analizar información autogenerada desagregada por sexo, además de que busca allegarse de la construida por otras instancias. No obstante, ello no es suficiente para considerar que ese conjunto de información sea generada, procesada y analizada con un sentido estratégico desde la perspectiva de género. Se debe indagar sobre las condiciones específicas que padecen hombres y mujeres ante las adicciones. Al respecto, un estudio de los Centros de IJ señala que *las investigaciones en el campo de las adicciones se centran en el adicto varón... y las pocas investigaciones que se han hecho con*

---

<sup>179</sup> Contrastante con el tamaño del esfuerzo para levantar una encuesta nacional con representatividad estatal, es la pobreza de la información que se presenta en la ENA 2008, no sólo desde la perspectiva de género, sino como insumo para construir instrumentos de política pública. En seis páginas se presentan los principales resultados del consumo de alcohol, en tres de las drogas y en dos del alcohol.

*mujeres, han girado en torno a los daños que la droga provoca en su organismo, o en caso de estar embarazada, acerca de las afectaciones que se producen en el feto.*<sup>180</sup>

La información del diagnóstico muestra la necesidad de profundizar en el análisis buscando la relación de las tendencias en el consumo con las configuraciones y relaciones de género; pues es evidente que existen diferencias significativas en el comportamiento de hombres y mujeres en relación con el consumo de drogas. Lo cual muestra que existe una connotación de género en el fenómeno; esto es, que el problema de las adicciones no es *neutral* al género, por el contrario, existen condiciones asociadas al sistema sexo-género (patrones, estereotipos, roles, problemáticas) que repercuten en el comportamiento de las personas asociado al consumo de drogas, y en las consecuencias y problemáticas a las que se enfrentan las personas adictas. Lo cual hace indispensable contar con un diagnóstico con perspectiva de género que brinde mayores elementos explicativos para entender y atender el problema de manera más eficaz, pues la falta de elementos explicativos limita imaginar mejores estrategias.

Al respecto, vale la pena comentar que, según investigaciones recientes, *las mujeres encuentran estimulante la adicción a cualquier cosa, sin embargo la dependencia al alcohol y las drogas, es una forma de saciarse de una manera terapéutica, como consecuencia de la opresión de género y de la condición social que les señala la forma en la que tienen que vivir. La opresión contiene las normas culturales que conforman la condición de las mujeres y en su deber ser, lo cual influye en su manera de beber, de drogarse, de comer, de relacionarse con otras personas y en la manera de cuidar su propio cuerpo. Esto provoca que las mujeres sientan que son personas de segunda y que no merecen tener acceso a ciertas condiciones mínimas que se podría equiparar con el acceso de los hombres, como a estudios, alimentación, política, entre otros. Esta condición tiene una respuesta cultural por parte de las mujeres y desemboca en la búsqueda de un estimulante adictivo, el cual sirve como*

---

<sup>180</sup> Moreno, Kena (Coord.) Mujer y Drogas; Centros de Integración Juvenil, 2004. pág. 50.

*paliativo y aminora sus miedos, su impotencia y su rabia, sentimientos que se presentan en las mujeres más oprimidas. Los privilegios de los hombres, crean en las mujeres sentimientos de abandono y orfandad, y hacen que recurran al alcohol o a las drogas como un acto de apropiación simbólica de lo que se les ha sido quitado.*<sup>181</sup>

De ahí que sea importante que las instancias estatales encargadas de generar, procesar y analizar datos estadísticos, desarrollen investigaciones diagnósticas a fin contar con información que exprese las diversas dimensiones de la vida social de mujeres y hombres que resultan relevantes al género. De manera particular, se debe indagar en torno a factores culturales que llevan a una mujer o a un hombre a iniciarse en el consumo y a mantenerse en él. Ese diagnóstico debe dar cuenta de la situación que viven mujeres y hombres en relación a su nivel socioeconómico, grupos de edad, residencia rural o urbana, la condición étnica, e inclusive preferencia sexual y el credo religioso, pues su reconocimiento permitirá ubicar los factores que operan tanto a favor como en contra del consumo de las sustancias adictivas.

Al respecto, diferentes investigaciones indican que los factores de riesgo que pueden predisponer a la mujer al consumo de sustancias psicoactivas se relacionan más directamente con el aspecto emocional y afectivo. Entre los más comunes se encuentran<sup>182</sup>:

- *El trabajo como ama de casa, asumido muchas veces por obligación y no como una opción personal, limitándole la posibilidad de desarrollarse en otros aspectos de su vida; matrimonio tradicional, donde la relación es vertical sin posibilidad de comunicación efectiva y afectiva; conflictos continuos con la pareja por dificultades de relación, dependencia económica puntos de vista diferentes; separación o divorcio; la doble jornada de trabajo que agota física y emocionalmente a la mujer; ser jefa*

---

<sup>181</sup> Ponencia de la investigadora María del Carmen Reynoso. "Mujeres adictas, una respuesta cultural a la opresión de género", dictada durante el II Coloquio Regional de Estudios de Género. Cuerpos, Tráficos y Poder, organizado por la Dirección de Investigación y Posgrado de la Universidad Autónoma de Querétaro. Nota de El Universal, 23 de Noviembre de 2009.

<sup>182</sup> Tabaco y Mujeres. Centros de Integración Juvenil, 2006, pág. 18.

*de hogar, sin posibilidad de interactuar con otro adulto en el hogar y, en muchos casos, también sin el soporte emocional de familiares y amigos; ausencia de redes de soporte; buscar soluciones basándose sólo en el poder de los afectos sin hacer una evaluación objetiva y racional de los hechos; el estrés, producto de un mundo en cambio, en el que la mujer asume nuevos roles sin contar, en muchos casos, con el soporte social necesario; la crisis de identidad y sensación de vacío que siente la mujer cuando los hijos se van haciendo más independientes; la presión que ejerce el varón para consumir drogas en pareja, en una aparente situación de igualdad; relaciones sexuales no satisfactorias; el uso inadecuado del tiempo libre.*

- *También la falta de posibilidades para estudiar o trabajar; la presión de la pareja para que no trabaje y carecer de información sobre los efectos y consecuencias del consumo de drogas.*
- *En el caso específico del tabaco: Autoestima negativa, creer que podrá controlar su nerviosismo, mejorar su estado de ánimo y mostrarse más sexy; asumir el acto de fumar como un signo de emancipación; crecer al lado de padre y/o madre que fuma, con lo cual se aprende la “dinámica” del fumador, sus posturas, los lugares donde fumar y en caso de ser fumadora pasiva, acostumbrarse al olor y a la presencia del cigarrillo y la aceptabilidad de la fumadora en determinados grupos.*

Asimismo, esos diagnósticos deben indagar en torno a la forma en que la desigualdad y la inequitativa división sexual del trabajo son factores que impiden que las mujeres acudan a tratamientos contra las drogas, porque al ser dependientes económicamente de su pareja y ser las responsables del cuidado de los hijos y de la atención del hogar, difícilmente cuentan con las condiciones que les permita involucrarse en tratamientos que requieren internación. No es un problema de cada mujer, sino un problema que padecen la gran mayoría de las mujeres por como se da un reparto inequitativo y desigual de las responsabilidades en la casa y el trabajo, lo cual afecta la posibilidad de las

mujeres de acceder a servicios de salud, y en general estar en condiciones de ser autónoma para cuidar de su propia salud.

Debe ubicar cómo y en qué medida opera el consumo de adicciones a que se detone la violencia de género. Debe también indagar sobre los estereotipos de género que influyen en el comportamiento de hombres y mujeres ante el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales. Como también es importante que identifique la forma en que las tensiones que se viven entre las esferas pública y privada influyen en dicho consumo. En suma, debe atender los objetivos de equidad considerados en este diagnóstico.

Con ello, se podrá contar con elementos para integrar un diagnóstico que permita el diseño adecuado de políticas que influyan positivamente en aquellos factores estructurales dados por el lugar que la sociedad asigna a mujeres y a hombres, a fin de disminuir el consumo de sustancias adictivas de ellas y ellos.

### **Diseño del programa**

Para atender la problemática anteriormente descrita, el programa se plantea como objetivo general *disminuir la incidencia y prevalencia de las adicciones en el estado, contribuyendo positivamente en el impacto social, económico y de salud de la población*, con lo cual pretende lograr como resultado *la disminución en la prevalencia e incidencia de drogas por medio de una disminución sistemática de las adicciones en el estado.*<sup>183</sup>

Para ello, se plantea desplegar acciones en tres vertientes

- a) Prevención y detección oportuna de adicciones, el cual tiene como objetivo *llevar a cabo evaluaciones de detección de factores de riesgo en la población infantil y adolescente, así como dar seguimiento a la población identificada como vulnerable*, a fin de alcanzar como resultado

---

<sup>183</sup> Documento Identificación de Programas para el Ejercicio Fiscal 2009, Secretaría de Planeación y Finanzas, Gobierno del Estado de Baja California.

*disminuir la cantidad de casos nuevos de consumo y retrasar la edad de inicio.*<sup>184</sup>

- b) Seguimiento y evaluación de programas e instituciones de atención a las adicciones, el cual pretende *consolidar centros de atención especializados en diferentes tipos de tratamiento, contar con personal en los centros de rehabilitación certificado en la atención del paciente. Lo anterior, con el fin de alcanzar el resultado de brindar atención especializada basada en las necesidades propias de los principales grupos de adictos y con ello eliminar intervenciones homogéneas y por lo cual son menos efectivas.*<sup>185</sup>
- c) Atención, diagnóstico y tratamiento de adicciones, a través del cual se procura *brindar atención médica y psicológica para el manejo de las adicciones a los internos que así lo requieran en los Centros de Readaptación. Esto para alcanzar el resultado de disminuir el consumo de sustancias en los Centros de Readaptación y propiciar una adecuada reinserción por medio de la ampliación de un sistema de rehabilitación basado en evidencia.*<sup>186</sup>

Como se puede observar, ni el objetivo general ni los específicos de cada vertiente de acción, así como tampoco en los resultados esperados, se utiliza un lenguaje inclusivo. Tampoco se fijan objetivos de equidad e igualdad que reconozcan los factores que inciden diferenciadamente en mujeres y hombres, para con ello actuar con base en las necesidades específicas que presenten. Al respecto, un estudio de los Centros de Integración Juvenil (CIJ) señala que *Los factores de riesgo de consumo de drogas, la edad de inicio del consumo, el motivo de consumo, la elección de la droga utilizada, el acceso al tratamiento, el estigma social del adicto y otros aspectos de la adicción están diferenciados por géneros y se articulan con las atribuciones culturales y estilos de vida de hombres y mujeres. Por lo cual es imprescindible incluir los conceptos de*

---

<sup>184</sup> *Ibid.* Cabe señalar que las poblaciones que se identifican como vulnerables, no se encuentran criterios de género para delimitarlas. Son de orden social y económico.

<sup>185</sup> *Ibid.*

<sup>186</sup> *Ibid.*

*género en la comprensión de la problemática y en los recursos técnicos utilizados en el tratamiento familiar.*<sup>187</sup>

Por ejemplo, en cuanto al objetivo general, éste se plantea impactar en el descenso de la incidencia y la prevalencia de las adicciones en la población en general. Esa definición muestra cómo el programa no reconoce las desigualdades de género en el problema o necesidad por atender, como tampoco hace diferencia por grupos de edad. Es importante destacar que, a pesar de que la gran cantidad de información procesada e integrada por el propio programa apunta a ubicar un comportamiento diferenciado de patrones de consumo de mujeres y hombres, en su diseño no se reconoce ni se propone que las acciones estén orientadas en torno a las necesidades y problemas específicos de mujeres y hombres, que los llevan a asumir determinados patrones de consumo; y por tanto, el programa tampoco se propone brindar una atención con equidad de género.

Por lo que hace al combate a las adicciones en el *Plan Estatal de Desarrollo*, éste no es planteado de manera específica como un ámbito en el que se deba incorporar la perspectiva de género a las políticas de gobierno. Esto a pesar de que se plantea que *es compromiso del gobierno eliminar la violencia y discriminación hacia las mujeres, así como garantizar la igualdad de oportunidades para hombres y mujeres, razón por la cual se adopta la perspectiva de género en las políticas públicas y se tratará el tema con la transversalidad requerida en las acciones de gobierno, toda vez que la vulnerabilidad de la mujer bajacaliforniana así lo demanda, a fin de incidir*

---

<sup>187</sup> Fernández Cáceres C., González Sánchez, J. D. y cols. Modelo de terapia familiar multidimensional con perspectiva de género para la atención de las adicciones y la violencia familiar. Centros de Integración Juvenil, Dirección General Adjunta de Operación. México, 2006, pp. 238. Cabe destacar que los Centros de Integración Juvenil cuentan con otras investigaciones propias sobre el tema, entre las cuales destacan: Díaz, Bruno et al. (2003). Sistema de género y su articulación con las relaciones conyugales y parentales en familias de mujeres adolescentes usuarias de drogas: Estudio de casos. Centros de Integración Juvenil, A.C., Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación, México. Fernández, Carmen, y González, Juan David (2006). Atención a Familias Multiestresadas con problemas de consumo de drogas y violencia familiar desde una perspectiva de género y la terapia familiar sistémica. Centros de Integración Juvenil.

*positivamente en todas aquellos ámbitos en los que se viven situaciones de inequidad entre hombres y mujeres.*<sup>188</sup>

Esto es, la tarea de transversalizar la perspectiva de género en todo el gobierno está aún por realizarse, por lo que se entiende que no esté presente en algunas políticas como es el caso de la de adicciones, la cual si bien se plantea como una acción para emprender en toda la sociedad (apartado 5.4.4.), es de destacarse que prioriza actuar específicamente en los (y las) jóvenes (apartado 5.1.4). Y aunque atinadamente se deben considerar aquellas dimensiones del ser joven que hoy favorecen las adicciones, a fin de combatirlas, ello no es suficiente para tener una visión más integral, pues al analizar más detenidamente las estadísticas se puede percibir que existen muchas personas adictas que en principio se enmarcan dentro de este grupo etario (15 a 29 años) pero que están desempeñando roles adultos, dado el hecho de su paternidad-maternidad, además de que tienen responsabilidades del sustento familiar.

De hecho, esta visión de las adicciones como problema más de los grupos jóvenes de nuestra sociedad se ve claramente reflejada en la existencia de la vertiente de prevención y detección oportuna *que busca detectar factores de riesgo en particular en población infantil y adolescente*. La cual, al igual que el objetivo del programa, carece de visión de género, aunque el hecho de ser un planteamiento que reconozca las particularidades de la niñez y la adolescencia como dimensiones que requieren de medidas específicas para el combate a las adicciones, habla de la posibilidad de incorporar la dimensión de género, que haga visibles las necesidades de niños y niñas y adolescentes mujeres y hombres, en el diseño de la política.

Lo mismo sucede con las otras dos vertientes de acción del programa. Una se plantea *brindar atención médica y psicológica para el manejo de las adicciones a los internos (sic) que así lo requieran en los Centros de Readaptación*. Donde

---

<sup>188</sup> Plan Estatal de Desarrollo 2007-2013. Gobierno del Estado de Baja California, Capítulo 5, Bienestar y Desarrollo Humano, p. 144

se han desarrollado modelos específicos de atención que reconocen las condiciones específicas de privación de la libertad que viven los y las internas. Aunque, como se verá más adelante, no reconoce especificidades de la mujer en el mismo.

Esa falta de especificidad de modelos de atención que consideren la dimensión del género también queda en evidencia en el planteamiento de las acciones, donde se establece que el programa debe realizar acciones de seguimiento y evaluación de los Centros de Rehabilitación, con los cuales se busca lograr que *se especialicen en diferentes tipos de tratamiento (y) brindar atención especializada basada en las necesidades propias de los principales grupos de adictos y con ello eliminar intervenciones homogéneas y por lo cual son menos efectivas*. A pesar de que el programa reconoce la importancia de contar con más Centros de Rehabilitación para Mujeres, donde se les dé un tratamiento especializado, ello no significa que se perciba trabajar con ellas desde una perspectiva de género. En palabras de un funcionario del Programa:

*El tratamiento ... debe considerar todas las dificultades a las que se enfrenta una mujer adicta, que son mayores a las que se enfrenta un hombre adicto. Además, el estigma es todavía más grave en la mujer que en el hombre. Sobre todo si ya es una mujer que tiene hijos. Por lo regular los procesos de rehabilitación son largos. Entonces ¿qué es lo que va a hacer con esos niños?, a veces se nos presentan unas cuestiones bastantes complicadas, porque estamos ante la disyuntiva, bueno, podríamos acercarle a los niños. Pero entonces, que tanto riesgo constituiría para el niño mismo, estarse desarrollando en un ambiente en el que se habla de las drogas como si se hablara del chocolate. Entonces, sí debería de haber unos apoyos en este sentido. Y por otro lado, igual, las mamás que son ellas el aporte económico, también... entonces...si debería de haber (particularidades en la atención a la mujer) ... a ese nivel sí.*

Se habla de tratamiento especializado en la mujer porque toma en cuenta su rol principal de madre y, en virtud de él, el problema que suscita para llevar a

cabo un tratamiento amplio que requiere de varios meses de aislamiento. No obstante lo cual, no se incorpora una perspectiva de género que busque adentrarse en las motivaciones que tiene una adicta, por el hecho de ser mujer, para iniciarse y seguir consumiendo sustancias adictivas. Más aun, incorporar la perspectiva de género al tratamiento de las adicciones, es ir más allá de solo obrar a favor de la mujer, pues también se deben considerar las motivaciones que tiene un adicto, por sus configuraciones de género, para iniciarse y seguir consumiendo sustancias adictivas.

En el caso de ellos, al no incorporar la perspectiva de género, el programa no puede ubicar aquellos factores, como los estereotipos de hombre macho por mencionar solo un ejemplo, que incitan a los varones a ingerir sustancias adictivas y comportarse agresivos, dominantes y opresores de otros hombres y sobre todo de las mujeres, con quienes generalmente establecen relaciones alienadas que los lleva a considerarlas *objetos*. La oportunidad que se tiene al incorporar dicha perspectiva, es promover en las personas en rehabilitación la necesidad de transformar estereotipos de género y generar relaciones sociales, familiares y de pareja basadas en la equidad, la igualdad y la inclusión, cuestión que redundará no sólo en beneficio de las mujeres, también de los hombres y de su medio familiar y social.

En ese sentido, sería importante incorporar al objetivo general y específico del programa la dimensión de género, a fin de que el conjunto de acciones que impulsa tiendan a reconocer y actuar en torno a las especificidades que hace que por un lado las mujeres y por otro los hombres, consuman sustancias adictivas. Además de que las acciones que se generen incidan positivamente en la situación de opresión, desigualdad e inequidad que padecen las mujeres.

En cuanto al *Programa de acción específico 2007-2012 prevención y tratamiento de las adicciones del gobierno federal*, también carece de los mismos atributos que se señalan para el caso del Programa Estatal aquí analizado. La base de su diagnóstico son las sucesivas Encuestas Nacionales de Adicciones (1988, 1998 y 2002), que antes de 2008 no tenían

representatividad estatal, y que a pesar de que parte de la información está dividida por sexo, ello no es suficiente para plantear dimensiones estratégicas de género en las adicciones, dado que incluso la Encuesta no fue diseñada para contenerlas.

Por ejemplo, presenta alguna información desagregada por sexo, donde se plantean algunos (pocos) índices de consumo de las distintas adicciones por parte de hombres y mujeres, pero no existe información que permita diagnosticar las causas, necesidades, motivaciones e implicaciones del consumo de las distintas adicciones para hombres y mujeres. Si bien hace una mención sobre la relación que hay entre el consumo de alcohol y la violencia familiar, resalta el hecho que deja de lado aspectos sustantivos de ésta como lo es la violencia contra las mujeres.

No obstante que el Programa Federal y el Estatal de combate a las adicciones se guía por objetivos que carecen de perspectiva de género, es posible incorporarlos sin esperar a que se modifique la Norma Oficial y las Leyes, sean estatales o federales. Ello es así porque las Normas y las Leyes definen principios, atribuciones, responsabilidades y mecanismos para ser aplicada en el objeto (ámbito, materia) que en ella se señala. No obstante, su estricta observancia no impide que sea posible incorporar contenidos que enriquezcan esas disposiciones, siempre y cuando no vulnere el cometido de las mismas.

### **Acciones y servicios de los programas**

Consecuentemente con la ausencia de la perspectiva de género en el diagnóstico y en el diseño del programa, las acciones y servicios que este otorgan al momento de operar, en general también se encuentran planteados al margen de del enfoque de género.

El programa no contempla acciones y servicios diferenciados por sexo. Es el caso de las acciones y servicios que impulsa a través de la vertiente denominada genéricamente como *FORMA (Sistema Asistido de Construcción Personal)*, que opera a través de 17 *Centros Nueva Vida* distribuidos en todo el

estado; bajo un modelo propio que es básicamente preventivo y ha ganado presencia no sólo a nivel estatal, sino a nivel nacional. Prueba de ello es que recientemente el gobierno federal decidió construir 12 de esos 17 Centros, y asumió el costo de contratar a 36 psicólogos y psicólogas que trabajan en FORMA, gracias a lo cual su número se elevó a 116.

FORMA trabaja bajo dos estrategias: *La primera, es detectar a la población escolar en riesgo. Esto se hace con ayuda de maestros y orientadores. La detección se hace con dos psicólogos y el maestro, y se hace con el cuestionario de factores de riesgo contestado por el maestro. Mientras un psicólogo trabaja con el maestro en el llenado de los cuestionarios (un cuestionario por niño), el otro psicólogo observa al grupo, y al final comparan lo que el maestro les dice con lo que el psicólogo observó. A los niños detectados, se les deja en la escuela una carta de invitación dirigida a sus padres para recibir atención.*

*La segunda fase ya es el manejo de factores de riesgo con los niños detectados y sus padres, a través de terapias y dinámicas grupales, ejercicios y tareas. Estas se llevan a cabo en los Centro Nueva Vida y en las escuelas cuando así se solicita.*<sup>189</sup>

Como se puede apreciar, dicha vertiente en ninguna de sus dos fases impulsa acciones que contemplen la dimensión de género. En el caso de la primera fase, dirigen sus acciones por igual y sin distinción a niños y niñas (aunque no las mencionen), así como a adolescentes hombres y mujeres. Lo anterior debido a que, como argumenta una funcionaria del Programa, (...) *básicamente lo que tenemos que hacer con los niños, es lo mismo que tenemos que hacer con las niñas. No hay algo tan específico que pudiera tener, o que tuviera que marcar la diferencia, en cuanto a la intervención.*<sup>190</sup>

De acuerdo con el programa, lo que se considera para impulsar acciones específicas con niños, niñas o adolescentes, son los factores de riesgo que se

---

<sup>189</sup> Entrevista con la responsable de FORMA, 4 de noviembre de 2009.

<sup>190</sup> Entrevista con funcionario del programa.

detectan, los cuales tiene previamente definidos el programa como *trastorno de déficit de atención con hiperactividad, el trastorno disocial, trastorno negativista desafiante, pobre desarrollo de habilidades sociales, depresión, factores de riesgo relacionados con el ámbito familiar y el consumo de alguna sustancia.*

En opinión de esta funcionaria del programa, ninguno de los factores de riesgo contempla la dimensión de género en su conformación pues, desde su visión, no es relevante el hecho de que sean del sexo masculino o femenino que están en riesgo de consumir o que ya consumen sustancias adictivas: *no se pueden ubicar patrones diferenciados por sexo. Es la comunidad solamente. Eso es lo que dice la información dividida entre niños y niñas; (a partir de la cual se sabe) en qué edad se presenta cada factor de riesgo por sexo y cuántas niñas y niños se han acercado al programa. Cada centro tiene un patrón distinto de comportamiento, dependiendo de la zona, por ejemplo, dependiendo de los horarios.*<sup>191</sup>

De modo que, así como en las acciones de investigación del fenómeno de las adicciones no se contempla la variable género como una dimensión a considerar en su planteamiento, tampoco lo considera para las acciones de prevención que llevan a cabo.

Por lo que se refiere a la fase del tratamiento de las adicciones, a decir del titular del programa *es más o menos lo mismo para el hombre y la mujer. Sobre todo si estamos hablando de lo que es el tratamiento farmacológico; el manejo de la abstinencia y de la desintoxicación, va a ser igualito. En la rehabilitación más o menos también por ahí iría.*

Efectivamente, la fase de tratamiento tiene una dimensión específicamente farmacológica, la cual puede ser en términos generales igual para mujeres y hombres. No obstante, existen otras dimensiones del tratamiento<sup>192</sup> que buscan

---

<sup>191</sup> Entrevista con la responsable de FORMA, 4 de Noviembre de 2009.

<sup>192</sup> La NOM-028-SSA2-1999 define tratamiento como *el conjunto de acciones que tienen por objeto conseguir la abstinencia y, en su caso, la reducción del consumo de sustancias psicoactivas, reducir los riesgos y daños que implican el uso o abuso de dichas sustancias, abatir los padecimientos asociados al consumo e incrementar el grado de bienestar*

que el individuo reduzca o elimine el consumo de sustancias psicoactivas y mejore su bienestar personal y el de su familia. Están las acciones terapéuticas individuales o grupales orientadas a la modificación de la conducta y a la reinserción social de las personas adictas, las cuales se operan *en forma ambulatoria o bajo modalidad de internamiento, a través del modelo profesional, el de ayuda mutua, el modelo mixto o el alternativo.*<sup>193</sup>

El modelo profesional, donde se ofrecen diferentes servicios de atención, consulta externa, urgencias y hospitalización, es el que maneja directamente el propio Instituto y cuenta con 60 camas para servicio de hospitalización y tiene capacidad para otorgar 18 000 consultas de psicología y psiquiatría.<sup>194</sup> Aunque éste se opera desde el programa de salud mental, por lo que no será objeto de este análisis.

Son más específicos de este diagnóstico los servicios que se dan en la vertiente de *reconstrucción personal*, así como la que se lleva a cabo desde los Centros de Rehabilitación, los cuales son objeto de supervisión por parte del programa.

Hablando de la primera vertiente, ésta atiende a adictos reclusos y reclusas de Centros de Readaptación Social, Centro de Ejecución de Medidas para Adolescentes y el Centro de Diagnóstico para Adolescentes en Mexicali, Tijuana y Ensenada, e incluso en el Centro de Readaptación Social Hermosillo II; cabe destacar que en varios de esos Centros existen pabellones femeniles, por lo que se trabaja también con mujeres, aunque la información oficial sobre esta vertiente no permita visibilizarlas.<sup>195</sup>

---

*físico, mental y social, tanto del que usa, abusa o depende de sustancias psicoactivas, como de su familia. Ver apartado 3.36*

<sup>193</sup> NOM-028-SSA2-1999 Apartado 9.1.1

<sup>194</sup> Identificación de subprogramas para el ejercicio fiscal 2009. Programa Atención a la Salud Mental.

<sup>195</sup> Esta forma de plantear los servicios, hablando de los usuarios como si solo fueran varones, de hecho no permite visualizar la existencia de mujeres en reclusión en Baja California, cuyo número se ha venido incrementando en los últimos años, principalmente debido a su vinculación con actividades ilegales catalogadas como delitos contra la salud, particularmente en el comercio, distribución y posesión de drogas. Al respecto, “según información

Mediante un esquema de coordinaciones regionales (Mexicali, Tijuana y Ensenada), con un equipo de Médicos y Psicólogos impulsan un Programa en el que los y las adictas pasan por cinco fases:

- a) Esclarecimiento, que tiene como objetivo *realizar evaluaciones para poder determinar las necesidades específicas del paciente a través de un diagnóstico, así como también explicar en qué consiste el tratamiento, haciendo énfasis en las reglas y métodos utilizados, aclarando así las expectativas del paciente hacia el programa y viceversa.*<sup>196</sup> En este primer momento se realiza un diagnóstico multiaxial, que es clave para explicar las causas de la conducta que deriva en el consumo de sustancias adictivas.
- b) Desintoxicación rápida, que tiene el objetivo de *brindar la atención médica necesaria para disminuir los síntomas y malestares del síndrome de supresión, acortando la duración e intensidad de la misma. Es también en esta etapa donde se comienza la deshabitación del consumo de drogas.* Aquí el modelo de atención se basa en la desintoxicación mediante el suministro de fármacos que atemperen el malestar generado por la abstinencia, así como tienda a eliminar la dependencia del organismo a las sustancias adictivas.
- c) Reconstrucción, fase en la que *se realiza la intervención psicológica del tratamiento. Ayuda a los pacientes a comprender la imprecisión de sus suposiciones cognoscitivas, aprender nuevas estrategias o maneras de hacer frente a los problemas, las relaciones interpersonales, evitando las reacciones impulsivas o irracionales.* En grupos se trabaja con los y las pacientes *para la adquisición de habilidades para la abstinencia de drogas, el manejo de la ansiedad por consumir y la resolución asertiva de conflictos y situaciones de riesgo para evitar el consumo de drogas.*

---

proporcionada por el Sistema Estatal Penitenciario, actualmente el 69.12 por ciento del total de reclusas por delitos contra la salud, (al momento de su detención) tenían en su posesión droga, seguido por el 21.40 por ciento que la transportaron, y el 9.44 que la comercializaron". Fuente *Semanario ZETA*, Número 1686, Mujeres en el Narco.

<sup>196</sup> Este y los objetivos que se citan en los siguientes incisos fueron tomados de la página en Internet del Instituto de Psiquiatría.

En esta fase pese a que se abordan el replanteamiento por parte de los y las pacientes de su esquema de valores y relaciones personales, familiares y sociales, ello no se vincula a la reestructuración de relaciones libres de discriminación, opresión y violencia de género.

- d) Enfrentamiento- confrontación, el cual tiene como *objetivo establecer la conciencia de necesidad de mantenerse en abstinencia*. En esta fase se refuerza la abstinencia mediante el trabajo en grupos de autoayuda. Los propios adictos son *quienes dirigen la dinámica grupal, manteniéndole dentro del esquema de trabajo del programa Reconstrucción Personal*.
- e) Reinserción, etapa que consiste en *el mantenimiento en abstinencia, impactando los cambios de manera positiva y saludable en la propia vida del participante en el programa, en la de su familia y gente que le rodea*. Al igual que en la fase de reconstrucción, los cambios de vida que se pretende realice él o la adicta, no pasan por la reestructuración de formas de vida libres de violencia, opresión y discriminación de género.

En general, como se puede apreciar, en las definiciones de este subprograma no se maneja un lenguaje inclusivo, pues solo se refiere a *los pacientes*, con lo que se visualiza sólo a los hombres, aún cuando existen mujeres beneficiarias de los servicios descritos. Además, en ninguna de las fases de operación se hace alusión a los objetivos de género que se han venido comentando a lo largo del análisis. Por ejemplo, respecto del diagnóstico axial, no se contempla cómo influyen los roles de género en el consumo, rehabilitación y reinserción social de las y los adictos, en el marco de su vida de pareja, familiar y comunitaria.

El otro subprograma o vertiente del programa contra las adicciones se vincula a los servicios de tratamiento que otorgan los 170 Centros de Rehabilitación que existen en Baja California, que son supervisados y evaluados por el Instituto de Psiquiatría.

Algunos de esos Centros son parte de los esquemas de atención denominados por la NOM 028 como de modelo profesional, señalado líneas atrás, y otros son

de *Modelo Mixto*, que son servicios profesionales de tratamiento y ayuda mutua que se ofrecen en *clínicas, comunidades terapéuticas y clínicas de medio camino*. Como se señaló en el apartado de normatividad de las adicciones, son materia de salubridad sujeta a regulación local, por lo cual el Congreso de Baja California expidió en 1995 *la Ley de rehabilitación y reintegración social de personas con problemas de drogadicción y alcoholismo para el Estado de Baja California*.

Como ya se ha señalado, dicha ley no contempla alcanzar ningún objetivo de género. Aunado a ello, la ley sólo prescribe lineamientos de carácter administrativo que deben cumplir los servicios de modelo mixto que quieran ser reconocidos y apoyados en sus labores de rehabilitación de adictos por el Gobierno de Baja California. De hecho, el programa se encarga de capacitar y evaluar<sup>197</sup> que los Centro cumplan con lo estipulado por la norma 028, la cual, no contempla objetivos de equidad de género.

Los 170 Centros impulsan modelos de atención que no reconocen las diferencias entre hombres y mujeres. Particularmente hablando de un proceso de rehabilitación que reconozca estas diferencias como reconoce el funcionario del programa entrevistado, apenas se está tratando de impulsarlo: *el primer paso fue hacer contacto con las unidades de tratamiento y se buscó que permitieran evaluarlos y asesorarlos, ahora lo que sigue es que los 130 centros den tratamiento diferenciado, porque todos estaban haciendo exactamente lo mismo. Y una de esas diferenciaciones de tratamiento es que haya un lugar específico para mujeres; y que son pocos*. Lo planteado por el directivo, en el sentido de que se creen Centros de Rehabilitación especializados en mujeres sería un avance, pues se piensa que en ellos podrían quedarse madres de familia quienes con la seguridad de que sus hijos se queden al cuidado de

---

<sup>197</sup> En su página en Internet, el Instituto señala que *las acciones que se han venido realizando a partir del 2002 son visitar mensualmente a cada una de las instituciones que brindan atención de tratamiento de adicciones en el estado, con la finalidad de capacitar y evaluar que cumplan con los requisitos mínimos establecidos que marca la NOM-028-SSA-1999*. Cabe destacar que de los 170 Centros, sólo 113 cumplen con la normatividad.

algún familiar o instancia, podría extender su estancia por varios meses para completar su tratamiento.

Esto resulta impostergable, sobre todo porque además de que los datos muestran el continuo y sostenido crecimiento de la incidencia de las adicciones en las mujeres, también se tiene registrado por parte del programa que en el caso de las mujeres, *aún no llega a la proporción que existe en hombres en cuanto a la solicitud de tratamiento. Esto puede ser un problema, podríamos intentar ver porqué la mujer no solicita tratamiento.*<sup>198</sup> Cabe apuntar que datos de distintas fuentes, como los que generan los Centros de Integración Juvenil y SISVEA, señalados en la Encuesta Nacional de Adicciones, coinciden en esa brecha existente entre hombres y mujeres respecto de la solicitud de ayuda, y por tanto a la atención que se les brinda. Sería importante que en el estado se pudiera generar el indicador que mostrara el porcentaje de atención en hombres adictos, respecto del porcentaje de atención en mujeres adictas, a fin de ubicar la brecha de género existente. Lo cual sería útil para desplegar acciones tendientes a lograr una atención a hombres y mujeres en términos equitativos.

Por otro lado, dentro de las instancias que se articulan en el Consejo Estatal contra las Adicciones, están los Centros de Integración Juvenil, asociación civil con presencia nacional que recibe subsidio federal en apoyo a su trabajo; En el estado existen tres Centros de Integración Juvenil (CIJ Mexicali, Tijuana-Guaycura y Tijuana-Soler); una Unidad de hospitalización (Tijuana) y una Clínica para Atención a Heroínómanos.

Dichos Centros cuentan con una experiencia de 40 años, a lo largo de los cuales ha sido referente a nivel nacional en la atención de las adicciones. De manera particular, en la última década se ha dado a la tarea de actualizar sus modelos de atención, enriqueciéndolos con nuevas perspectivas a fin de que puedan dar respuestas efectivas a la complejidad del consumo de las

---

<sup>198</sup> Entrevista con funcionario del programa, noviembre de 2009.

adicciones. De manera destacada, esos modelos se han enriquecido incorporando la dimensión de género y violencia.

Ejemplo de cómo puede innovarse en el terreno de la atención a las adicciones incorporando la perspectiva de género, lo constituye el Modelo de Terapia Familiar Multidimensional, el cual es la base del Programa Género, Familias y Adicciones. Al respecto, los Centros de Integración Juvenil plantean que se *definió este modelo como Terapia Familiar Multidimensional (TFM) en virtud de que se atienden el problema de las adicciones y la violencia desde una diversidad de dimensiones, desde el análisis de la construcción de la subjetividad, las prácticas identitarias de género, el cuestionamiento de las historias dominantes y los marcos interpretativos, pasando por la redefinición de las relaciones intersistémicas, la organización y estructura familiar, hasta la re(de)estructuración de una matriz social menos disfuncional para la familia, pues todas estas dimensiones configuran el problema, y sólo una atención holística podría contribuir a deconstruir y construir una nueva realidad familiar alternativa, libre del uso de drogas y de las prácticas de violencia.*

*Este modelo aspira a lograr una comprensión compleja del fenómeno que nos ocupa, entendiendo que la explicación de la totalidad siempre estará inacabada, atendiendo las distintas experiencias subjetivas que lo configuran a través de una modalidad terapéutica cooparticipativa y desde una perspectiva sensible al género.*<sup>199</sup>

Como se puede apreciar, existe camino andado en la incorporación de la perspectiva de género a la atención de las adicciones, incluso en el ámbito estatal. En el apartado de coordinación se abundará respecto de la necesidad de establecer vinculación entre instancias a nivel estatal.

Se concluye este apartado insistiendo en el hecho de que no se cuente con una perspectiva de género en los servicios y acciones del programa, implica que no se estén atendiendo necesidades estratégicas de las mujeres.

---

<sup>199</sup> Fernández Cáceres C., González Sánchez, ...Op. Cit. p. 113.

Necesidades vinculadas a formas de vida que están generando inequidades, opresión y violencia en esferas de la vida como la familia, el trabajo, el escuela, entre otros. Dado que los procesos de rehabilitación y reintegración social no implican el cuestionamiento y cambio de estereotipos y roles que desempeñan esas mujeres en la sociedad. Tampoco está contribuyendo a generar condiciones para que ese proceso de reintegración social se dé en el marco de una armonización de la esfera laboral con la familiar, a fin de que en ambas se den relaciones de igualdad entre hombres y mujeres; y se construyan ámbitos equitativos más favorables a la salud mental.

### **Presupuestación**

En relación al proceso de presupuestación que lleva a cabo el programa, pese a que desde 2006 el Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California es por Decreto del Ejecutivo Estatal un Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública del Estado, con personalidad jurídica y patrimonio propio, en el marco legal estatal en materia presupuestaria se establece que ésta se lleva a cabo con base en los lineamientos que determina la Secretaría de Planeación y Finanzas del Gobierno del Estado, que es la instancia normativa en la cuestión.

En este apartado se retoma el diagnóstico realizado por esta consultoría respecto de la incorporación de la perspectiva de género en el Sector Administración del gobierno del estado. Específicamente en el capítulo 2, denominado “La incorporación de la perspectiva de género en la política fiscal”, de manera resumida señalamos que la Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público del Estado de Baja California; la Ley de Ingresos del Estado de Baja California para el ejercicio fiscal 2009; el Presupuesto de Egresos del Estado de Baja California para el ejercicio fiscal 2009; la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Baja California; los Lineamientos para la Programación y Presupuestación del Gasto Público del Ejercicio Fiscal 2010; y los Programas de Inversión y Gasto que acompañan al POA global, no contienen la perspectiva de género, de tal modo que el presupuesto público del

que disponen las dependencias y entidades de la administración pública del Gobierno del Estado no se orienta a atender necesidades específicas de las mujeres y hombres, como tampoco contemplan promover o dirigir la acción institucional hacia alguno de los objetivos de género analizados en este diagnóstico.

Además de esas disposiciones generales, no existen lineamientos específicos dentro del Instituto de Psiquiatría o en el ámbito de la Secretaría de Salud, que planteen la incorporación de la perspectiva de género en el programa. De hecho, el presupuesto ni siquiera es presentado distinguiendo a los beneficiarios por sexo, como tampoco los recursos se presupuestan con el fin de promover la equidad de género. En el siguiente apartado se presenta el tipo de metas consideradas por el programa para 2009, y para cuyo cumplimiento se destinaron más de 86 millones de pesos.

### Seguimiento y evaluación

Respecto del seguimiento y la evaluación, para fines de este diagnóstico se tomarán como referencia los indicadores señalados en el programa operativo del programa, los cuales en su mayoría dan cuenta del cumplimiento de la operación. Así como hay algunos que atienden a dimensiones del efecto generado por la intervención pública en las personas beneficiarias, es decir, son indicadores de impacto, lo cual es importante. Sin embargo, es necesario señalar que los mismos resultan insuficientes, puesto que ninguno se plantea medir directamente el objetivo del programa, es decir, ubicar en qué medida se está logrando *disminuir la incidencia y prevalencia de las adicciones en el estado*.

Respecto del programa en general, se plantean los siguientes indicadores:<sup>200</sup>

- *Porcentaje de centros de rehabilitación certificados*

---

<sup>200</sup> Indicadores tomados del documento *Identificación de Programas Ejercicio Fiscal 2009, Programa 78 Prevención y Atención Integral de las Adicciones*. Las citas que se integran en este apartado de seguimiento y evaluación fueron realizadas con base en este documento, salvo que se indique lo contrario.

- *Porcentaje de centros de rehabilitación especializados*
- *Porcentaje de centros visitados por mes*
- *Porcentaje de internos que requieren atención y se encuentran inscritos al programa*
- *Porcentaje de personal de los centros que se encuentra certificado*
- *Porcentaje de personas detectadas que se encuentran en terapia*
- *Porcentaje de población atendida con el programa de prevención de adicciones*
- *Porcentaje de reos rehabilitados*

Como se puede observar, ninguno de los indicadores señalados está desagregado por sexo, por lo cual no es posible valorar los resultados y efectos del programa sobre los hombres y las mujeres, ni su contribución a la disminución de las brechas de género que existen, respecto de la atención y rehabilitación.

Estos indicadores tampoco permiten medir la distribución de esfuerzos y recursos entre hombres y mujeres adictas, lo cual implicaría incorporar indicadores que permitieran diferenciar los recursos humanos, financieros y de capacitación dirigidos a centros de rehabilitación específicos para hombres y para mujeres. De esta forma, con los indicadores actuales no es posible ubicar las brechas de género que existen respecto de la distribución de recursos y esfuerzos públicos entre hombres y mujeres adictas, y por lo tanto, no permiten evaluar los avances en la igualdad de género en la atención del problema.

No se sabe cuántos hombres y cuántas mujeres adictas están atendidas; así como tampoco se sabe cuál es el índice de rehabilitación de hombres y el de mujeres; cuántos centros de rehabilitación de hombres y cuántos de mujeres están certificados; entre otros.

Es de esperarse que, ante el crecimiento de la incidencia de mujeres en el consumo de drogas y la menor búsqueda de ayuda (lo cual ha sido mostrado en apartados anteriores); sean los hombres adictos quienes mayores recursos

y atención pública reciban, lo cual debe ser revisado en aras de ofrecer un servicio público con equidad e igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres. Lo anterior sólo será posible mediante la ubicación de las brechas de género existentes y el diseño de estrategias específicas orientadas a lograr una igualdad de acceso, a partir del reconocimiento de las diferencias.

Analizando los subprogramas, se puede ubicar que no se plantean indicadores, sino metas, las cuales no orientan la acción del programa a la consecución de objetivos relevantes de acuerdo a las dimensiones de género que se han analizado. Hablando en particular de las metas asociadas al subprograma *prevención y detección oportuna de adicciones (FORMA)*, se plantean las siguientes metas, con su respectiva unidad de medida:

<b>META</b>	<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	<b>CANTIDAD PROGRAMADA</b>
<i>Evaluar niños en el 4o año de primaria, para la detección de factores de riesgo en adicciones</i>	<i>Niño evaluado</i>	63 934
<i>Intervenciones de disminución de factores riesgo por medio de sesiones psicoterapéuticas a los estudiantes detectados</i>	<i>Sesión terapéutica</i>	16 710
<i>Evaluar y asesorar escuelas para certificación como establecimientos libres de humo de tabaco</i>	Escuela evaluada	960
<i>Visitas domiciliarias a los alumnos detectados que no han asistido a sesiones psicoterapéuticas para reiterarles la invitación</i>	<i>Visita domiciliaria</i>	6 000
<i>Elaborar y publicar el documento denominado observatorio estatal de las adicciones y la salud mental en Baja California</i>	<i>Publicación</i>	1

Como se observa es una constante en la formulación de las metas la invisibilización de las mujeres, pues sólo se habla en lenguaje que refiere al sexo masculino (*niños, los estudiantes, los alumnos*), lo que implica que el programa no contiene metas desagregadas por sexo. Lo anterior limita la valoración de los resultados en hombres y mujeres, niños y niñas.

En el caso del subprograma *seguimiento y evaluación de programas e instituciones de atenciones a las adicciones*, la meta es realmente modesta, pues se dirige a que el programa cumpla con acciones que desempeña cotidianamente, pero no están aquellas orientadas a resultados:

META	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD PROGRAMADA
<i>Visitas de evaluación y asesoría a Centros de Rehabilitación</i>	<i>Visita</i>	1 155

Al respecto, sería importante que se plantearan metas sobre la asesoría donde se fuera más ambicioso, atendiendo objetivos de género, tales como *capacitar a todos los centros en perspectiva de género; habilitar 20 centros distribuidos a lo largo del estado en donde se de atención especializada a las mujeres; o bien, aumentar en 20% el número de mujeres que se rehabilitan en los Centros.*

Finalmente, en el caso del subprograma *atención, diagnóstico y tratamiento de adicciones* (reconstrucción personal), se plantea las siguientes metas y unidades de medida, las cuales, en el mismo tenor de las anteriores, no contemplan orientar la acción institucional hacia la incidencia en el cumplimiento de los objetivos de género.

<b>META</b>	<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	<b>CANTIDAD PROGRAMADA</b>
<i>Atender a internos en CERESOS, adictos a diferentes drogas por medio de la impartición de sesiones de psicoterapia grupal en el estado</i>	<i>Sesión terapéutica</i>	9 360
<i>Ofrecer consultas médicas individuales a internos adictos a diferentes drogas en el CERESO</i>	<i>Consulta médica</i>	11 520

Nuevamente se da la invisibilización de las mujeres y el establecimiento de metas que sólo atienden a la dimensión del desempeño, pero no a otras de carácter sustantivo y que dieran cuenta del cumplimiento de objetivos relevantes del programa, como lo pudieran ser incrementar en un 20% el número de internos e internas que se rehabilitan; o bien incrementar en un 30% el número de internas adictas que reciben los servicios y que se rehabilitan.

Es importante señalar que existen acciones de seguimiento y evaluación externas al programa que se dan por parte de la Secretaría de Salud, a la cual está sectorizado el Instituto de Psiquiatría. Al respecto, la titular de la Unidad de Seguimiento y Evaluación de dicha Secretaría, plantea que *existe un proceso de evaluación periódica tanto de la política estatal como de lo estratégico contemplado en el Plan Estatal de Desarrollo. Esto se hace a través de una evaluación trimestral a través de un seguimiento de los principales indicadores.*<sup>201</sup> No obstante, dicha evaluación se lleva a cabo con base en los indicadores definidos en el Programa Operativo Anual, que son los anteriormente analizados.

Es decir, no existe a nivel estatal una dependencia externa de gobierno que tenga como cometido esencial llevar a cabo una evaluación de la acción institucional a partir de indicadores que se diseñen *ex profeso* para ello. De

---

<sup>201</sup> Entrevista realizada con una funcionaria del ISSESALUD, Noviembre de 2009.

acuerdo con la Secretaría, esa es una de las tareas que deberá enfrentar el Consejo de Salud Estatal, recientemente instaurado por ley y en donde la función de evaluación tiene un lugar estratégico.<sup>202</sup> Al respecto, sería importante que ese Consejo de Salud Estatal fijara metodologías de evaluación con perspectiva de género a todos los servicios de salud en el estado, las cuales se incluyeran indicadores que den cuenta del impacto de la acción institucional en los hombres y las mujeres, en la disminución de las brechas de género y en la transformación de las relaciones de desigualdad de género.

### Coordinación de acciones

El programa contra las adicciones lleva a cabo acciones de coordinación con diversas instancias para el desarrollo de sus programas. Siendo parte medular del Consejo Estatal para las Adicciones, de hecho participa en la definición de políticas generales que se impulsan en la materia en todo el estado, así como en su operación. Y si bien esas acciones han permitido promover varias iniciativas a lo largo del estado para prevenir y atender las adicciones, en términos de la incorporación de la perspectiva de género, ésta ha estado ausente.

Por ejemplo, los esquemas de coordinación para trabajar en la materia con los municipios, no refieren a ninguno de los objetivos de género que se han venido analizando, pues en la normatividad respectiva sólo se plantean mecanismos de vinculación e integración de órganos como el Comité Municipal, para promover, no implementar acciones en la materia.<sup>203</sup> De hecho, los propios municipios rara vez operan directamente acciones de atención, rehabilitación y reinserción de las y los adictos, por lo que se limitan sólo al impulso de acciones de prevención, por lo que, a decir del Instituto, *en realidad la mayor*

---

<sup>202</sup> *Lo vemos como un organismo estratégico en cuanto a evaluar los resultados e identificar las desviaciones que pudiéramos estar teniendo en el camino, para tomar las decisiones en cuanto a los ajustes de una manera más oportuna y con la participación de todas las instituciones del sector tanto federales como estatales, así como los ONG que por el giro tienen un impacto importante en la salud.*

<sup>203</sup> Ver por ejemplo reglamento interno del Comité Municipal contra las Adicciones del Municipio de Tijuana, Baja California.

*parte de las actividades están recayendo en el estado.*<sup>204</sup> También a través del programa FORMA se da vinculación con diversas instancias municipales, las cuales canalizan casos o bien apoyan las acciones de prevención que se llevan a cabo bajo esta vertiente.

Por lo que hace a la coordinación con la federación, esta ha sido buena pues ha redundado en beneficios para el programa, ha sustentado financieramente una parte de los profesionistas que se incorporaron a FORMA, así como la construcción de cinco Centros Nueva Vida. Además, el Instituto de Psiquiatría le da el servicio subrogado de salud mental al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y al Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en hospitalización. Sin embargo, en aspectos básicos como el intercambio de información para monitorear la incidencia de las adicciones, no existe la suficiente coordinación, como tampoco la hay en la prevención.<sup>205</sup>

En el caso del sector social, teniendo la obligación de ley de supervisar y evaluar a los Centros de Rehabilitación, el programa impulsó en 1999 la creación de la CICER, (Comisión Interdisciplinaria de Centros de Rehabilitación), *conformada por una bancada social y una bancada gobierno, que tiene como principal interés promover la normatividad y asistencia financiera para las instituciones de rehabilitación. A través de esta comisión, se ha logrado avanzar en el proceso de calidad de la atención brindada en establecimientos que proporcionan servicios a la población adicta y se fortalecieron las acciones de colaboración entre el sector gubernamental y social, permitiendo la visita y asesoría a cada uno de los centros de rehabilitación, logrando por consenso general de la CICER que no se extienda*

---

<sup>204</sup> Entrevista con funcionario del programa, noviembre de 2009.

<sup>205</sup> Si bien esas instancias federales están obligadas a notificar datos al SISVEA, por ejemplo *proporción de pacientes que solicitaron atención en los servicios de urgencias por patología, según drogas consumidas en los últimos 20 días*, esos datos en el marco del Consejo Estatal no son manejados con la oportunidad, ni pertinencia que permita darles un uso estratégico, dado que las instancias federales no están obligadas a ello.

*registro ante esta comisión a ningún centro de rehabilitación que tenga porcentaje menor al 80% de cumplimiento a la NOM-028-SSA-1999.*<sup>206</sup>

En este caso, a fin de incrementar la coordinación con esas instancias, sería importante que el programa, en virtud de su papel central en el Consejo, se diera a la tarea de promover el enriquecimiento de los modelos de atención de esos Centros a fin de incorporar el enfoque de género. Dado que los Centros se encuentran regulados por el gobierno del estado, el convenio que se firma con ellos les fija una serie de obligaciones a cambio de recibir apoyo de diverso tipo. Es en ese marco que, como parte de las obligaciones del estado de capacitarlos, financiarlos y evaluarlos, se pueden impulsar acciones para que incorporen la perspectiva en sus modelos de intervención. Ello es perfectamente posible en el marco de la normatividad actual, pues así como se vigilaría el cumplimiento de lo establecido en la NOM 028, que es federal, se podría establecer como un lineamiento lo relativo al enfoque de género, lo cual no contraviene, sino al contrario enriquece la norma federal.

Pero ante todo debe ser el propio programa contra las adicciones, en sus distintas vertientes de acción, el que debe incorporar el enfoque de género a sus modelos de acción, para lo cual cuenta con la experiencia de los Centros de Integración Juvenil, en particular el ubicado en Tijuana, que cuenta con experiencia práctica de varios años en la instrumentación del programa familia, violencia y género.<sup>207</sup> Asimismo se hace necesaria la mayor coordinación con el Instituto de la Mujer en el estado, a fin de fortalecer la incorporación del enfoque de género y garantizar que las acciones se desarrollen en un marco de respeto a las mujeres.

---

<sup>206</sup> Información tomada de la página en Internet del Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California.

<sup>207</sup> De acuerdo con información del CIJ, *de todas las unidades que han participado en la aplicación de este programa, seis ciudades se han distinguido por la permanencia de los terapeutas familiares en la capacitación y su constancia en este programa. Estas ciudades son Aguascalientes, Guadalajara, Ciudad Juárez, Tampico, Tijuana y Ciudad de México. Ver Fernández Cáceres C., González Sánchez, J. D. y cols. Modelo de terapia familiar multidimensional con perspectiva de género ...; p. 112.*

## Capacitación

En 2009 a partir de una convocatoria lanzada por el Consejo Estatal, los directivos de los Centros de Rehabilitación recibieron una capacitación precisamente en perspectiva de género, con base en contenidos definidos entre el Instituto de la Mujer estatal y los Centros de Integración Juvenil.<sup>208</sup>

Aunado a ello, están las diversas iniciativas que en el ámbito de la salud y para impulsar la incorporación de la perspectiva de género ha impulsado el Instituto de la Mujer para el Estado de Baja California. En este 2009, el Instituto ha impulsado pláticas, talleres y diplomados que han buscado sensibilizar y desarrollar habilidades en temas como políticas públicas, elaboración de matriz de marco lógico y presupuestación con perspectiva de género.

Es importante apuntar que en estas iniciativas han participado pocas personas del programa, no por decisión de la dirección del mismo, sino por decisión de la Secretaría de Salud. Y si bien el propio programa cuenta con acciones importantes de capacitación a lo largo del año, nunca ha impulsado alguna en relación a la perspectiva de género. Dada la importancia que el programa otorga a la formación y capacitación de su personal, se considera que existe un ambiente favorable para que ésta se despliegue, empezando por involucrar a sus cuadros directivos en acciones de sensibilización, a fin de que el eventual proceso de capacitación en la materia pueda fluir fácilmente, sin obstáculos y con pleno convencimiento y compromiso.<sup>209</sup>

Un apoyo fundamental en ese sentido, sería que la propia Secretaría, con el apoyo del Instituto de la Mujer, emprendiera su propio programa de incorporación de la perspectiva de género en salud.

---

<sup>208</sup> Entrevista con funcionario del programa, noviembre de 2009.

<sup>209</sup> Al respecto, un funcionario del Programa señaló que *si la capacitación va a consistir, en pocas palabras, en que a los documentos oficiales que estamos manejando se les agregue él y la, entonces ahí no vale la pena ¿no?. Pero si hay unas propuestas más específicas para situaciones para que se pudieran empezar a adaptar en lo que cotidianamente llevan a cabo las unidades, o nosotros mismos. Entonces estaría muy bien*. Entrevista, Noviembre de 2009. Respecto de la oportunidad de capacitar al personal de la Secretaría de Salud en materia de perspectiva de género, ver el apartado respectivo en el Capítulo de Conclusiones.

## Organización institucional

El Programa no cuenta en su ámbito interno con alguna área que se encargue de diseñar y promover la incorporación de la perspectiva de género. Y si bien el ISESALUD cuenta formalmente con el departamento de salud reproductiva y equidad de género, este en realidad no desempeña funciones en donde se aborde la perspectiva o equidad de género, pues de hecho su nombre solo obedece a la necesidad de estar acorde al nombre que tiene el departamento de salud reproductiva y equidad de género a nivel nacional.<sup>210</sup>

No obstante lo anterior, el programa cuenta con un esquema de actuación que basa sus acciones en evidencia, lo cual implica un monitoreo permanente del fenómeno de las adicciones para lo cual cuenta con una subdirección de estadística que se encarga de diseñar e implementar estrategias de investigación para generar, sistematizar y analizar datos. Esta favorable peculiaridad habla del perfil del programa, el cual está abierto a la mejoría de sus acciones a fin de responder a los retos que el fenómeno está planteando. Con esta base, se cuenta con condiciones que hacen más favorable el impulso de la perspectiva de género como una dimensión de análisis y acción en torno a la cual el programa debe replantear su cometido y estrategias.

### f) Programa Comisión de Arbitraje Médico Estatal

Ante los recurrentes conflictos entre prestadores/as de servicios de salud y los/as usuarios/as de las mismas, y a fin de contar con un espacio institucional que promoviera la negociación y el acuerdo, es que en el ámbito de la salud se institucionalizó la función de conciliación y arbitraje, con el objeto de que mediara por aceptación de las partes en conflicto, y al mismo tiempo promoviera la mejora de la calidad en la prestación de los servicios de salud.

---

<sup>210</sup> Entrevista con funcionaria del ISSESALUD, noviembre de 2009.

## **Incorporación de la perspectiva de género en la Ley de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Baja California.**

A nivel federal se creó en 2003 por decreto del Ejecutivo la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. En el caso de Baja California, en 2002 se creó la Comisión de Arbitraje Médico en la Prestación de los Servicios de Salud, como órgano descentralizado del Estado, creado por Decreto de Ley del Congreso del Estado.<sup>211</sup>

Dicho organismo fue el antecesor de la Comisión de Arbitraje Médico Estatal (CAME), que se instituyó con la expedición de una nueva Ley, con el objeto de *contribuir a la mejora de la calidad en los servicios de salud mediante la resolución de conflictos que susciten entre los usuarios y los prestadores de dichos servicios.*<sup>212</sup>

Al analizar la ley desde una perspectiva de género, se observa que ésta tiene ausencia de lenguaje incluyente, en tanto utiliza términos masculinos para referirse a su población objetivo, de modo que sólo reconoce a quienes intervienen como partes del conflicto a la población masculina en tanto usuarios, quejosos, prestadores de servicios y otros.

Derivado de lo anterior, es una Ley que no menciona explícitamente a las mujeres respecto de la posibilidad de ser nombradas para ocupar puestos dentro de la CAME, en tanto se refiere como personas del sexo masculino a quienes ejercen dichos puestos: *el Presidente, el médico, los peritos, el Secretario de Salud, el Oficial Mayor de Gobierno; el Secretario de Planeación y Finanzas; el Secretario de Desarrollo Social; ciudadanos, psicólogos, odontólogos, enfermeros, etc.*

---

<sup>211</sup> Periódico Oficial del Estado, 5 de Noviembre de 2002.

<sup>212</sup> Artículo 2º de la Ley de la Comisión de Arbitraje Médico de Baja California. Decreto del Congreso del Estado, Periódico Oficial, 2 de Marzo de 2009.

Siendo una Ley que crea una institución, no se incluyeron principios de igualdad e inclusión de género que rigieran las relaciones laborales con los y las servidoras públicas, en términos, por ejemplo, de criterios de contratación y promoción, así como de derechos y obligaciones en el servicio público a desempeñar. Como tampoco hace referencia alguna como principio a promover tanto en el ámbito interno, como en la prestación de los servicios de salud, la eliminación de todas formas de violencia en contra de las mujeres.

### **Programa Conciliación y Arbitraje Médico**

El Programa de Conciliación y Arbitraje no cuenta con un diagnóstico sobre la situación que priva en el Estado respecto de los conflictos que se suceden en el ámbito de los servicios de salud, así como tampoco de la actuación de la Comisión misma, por ejemplo en términos de saber cómo sus resoluciones han influido en la calidad de dichos servicios.

A pesar de que cuenta con un sistema de información que contiene los datos necesarios para integrar un expediente por cada caso que se presenta a la CAME, la forma en la que se compendia la información permite realizar un análisis muy somero sobre el número de casos atendidos de 2002 a 2008, divididos por tipo, en términos de orientación, gestión inmediata, quejas, asesorías, peritajes, opiniones técnicas y conciliaciones.

La integración de la información no tiene un sentido estratégico para que la Comisión pueda identificar las desigualdades entre mujeres y hombres vinculado al problema o necesidad social que atiende. No contiene ni siquiera una mínima ordenación que permita saber cuántos hombres y cuántas mujeres solicitan los servicios; qué tipo de especialidad médica es la que genera más conflicto para unos y otras; el tipo de condiciones sociales y económicas que tienen esos hombres y mujeres que solicitan la intervención de la Comisión; etc.

De modo que la Comisión no cuenta con un panorama sobre aquellas causas que en la prestación de los servicios de salud, están generando que mujeres y hombres recurran a su intermediación; como tampoco tiene planteado integrar información que le permita conocer si existen brechas de género en la calidad de la prestación de los servicios.

Tampoco cuenta con información sistematizada y analizada que le permita conocer de qué manera se ven afectados los derechos, intereses y necesidades de hombres y mujeres en la prestación de los servicios; así como no cuenta con elementos como para plantear si esto son casos aislados o encierra un problema de los procedimientos contemplados en los servicios de salud, los cuales se hiciera necesario mejorar.

Tampoco tiene información integrada que le permita diagnosticar de qué manera los estereotipos de género están afectando a hombres y mujeres en la prestación de los servicios de salud, y con base en ello suscitando conflictos, algunos de los cuales son del conocimiento de la Comisión. A este respecto, resalta el hecho que en el artículo 42 (fracción V), se menciona que *“la autonomía de las partes para otorgar convenios no puede ir en contra de la Ley, el orden público o las buenas costumbres*. Situación que puede fomentar la permanencia de roles y estereotipos de género, así como propiciar discriminación hacia hombres y mujeres cuyas conductas no se apeguen a las *“buenas costumbres”* en las resoluciones de los convenios a los llegue la CAME, dado que como tales no son definidas en el marco de la ley, por lo cual quedan a la interpretación y arbitrio de quienes la ejecutan o interpretan.

Cabe señalar que tampoco se cuenta con información que permita observar cómo los hombres y las mujeres están ejerciendo de su derecho a quejarse y reclamar por los servicios médicos que reciben; y cuáles son los factores asociados al género que restringen esos derechos. Lo anterior impide imaginar la puesta en marcha de acciones específicas encaminadas a promover dicho ejercicio en condiciones de igualdad de género.

Cabe señalar que esta carencia de información sustantiva sobre el ámbito de actuación de la CAME no es algo nuevo, ni exclusivo de quienes actúan en ese órgano. La administración estatal 2001-2007 sólo reportó como balance sexenal en el ámbito de la *calidad de los servicios, que para promover la buena práctica de la medicina en los sectores público, social y privado, se creó la Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje en la Prestación de los Servicios de Salud (CECAPSS), como instancia mediadora en la solución de las diferencias entre el prestador y usuario de los servicios de salud.*<sup>213</sup>

Es importante destacar que a partir del trabajo de campo realizado por el equipo de investigación de este diagnóstico con el personal de la CAME, el área dedicada a la atención al público se encargó de hacer un primer desglose de la información contenida en la base de datos. A continuación se presentan algunos de los datos, acompañados de propuestas de líneas de reflexión que para que el Programa pueda visibilizar aspectos de la dimensión de género en mujeres y hombres, que pueden estar determinando un desigual acceso a los servicios de la Comisión, y por ende, de los beneficios que de ello deriva.

Algunos de los resultados son los siguientes:

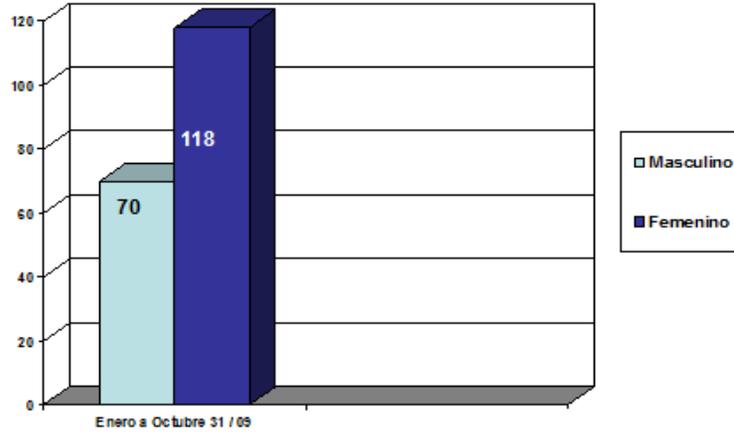
---

<sup>213</sup> *Resultados de Gestión 2001-2007, Salud Pública*; Gobierno del Estado de Baja California, COPLADE, 2007, p.27



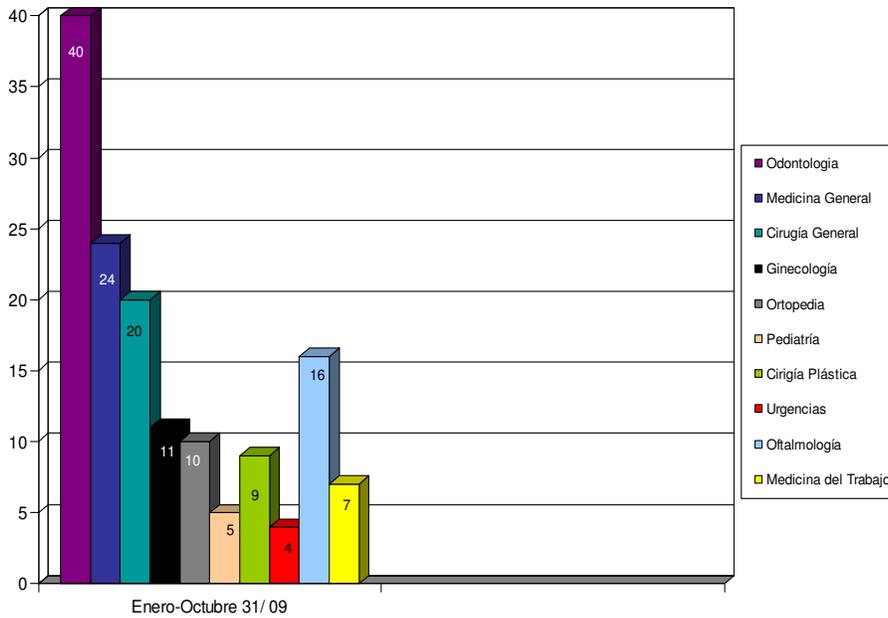
COMISION DE ARBITRAJE MEDICO DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA

**GRAFICA COMPARATIVA**  
**Genero del usuario que recibe el servicio**  
**NIVEL ESTATAL**



COMISION DE ARBITRAJE MEDICO DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA

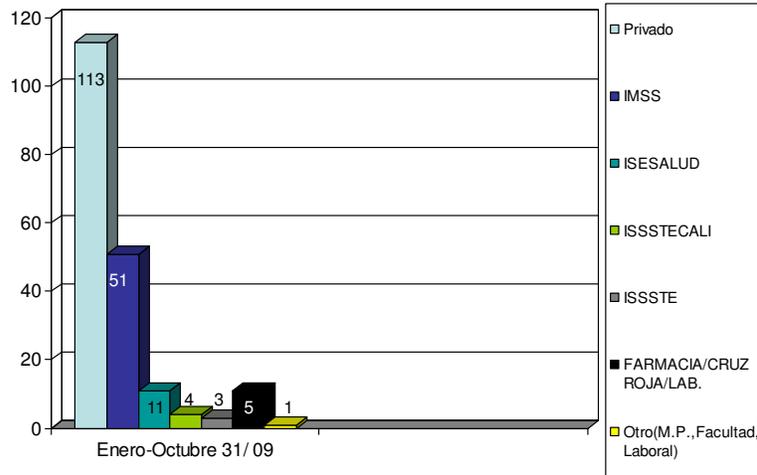
**GRAFICA COMPARATIVA**  
**ESPECIALIDAD** **NIVEL ESTATAL**





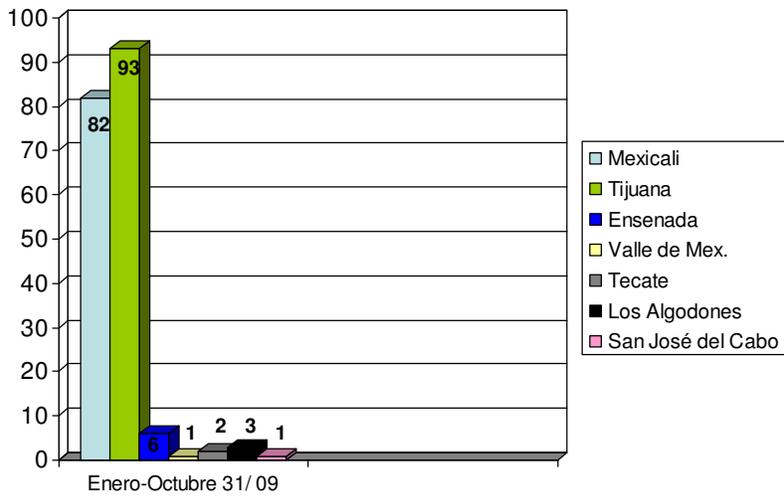
COMISION DE ARBITRAJE MEDICO DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA

**GRAFICA COMPARATIVA**  
**INSTITUCION NIVEL ESTATAL**



COMISION DE ARBITRAJE MEDICO DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA

**GRAFICA COMPARATIVA**  
**ORIGEN NIVEL ESTATAL**



Con base en la anterior información, el Programa debería formularse preguntas que busquen indagar si:

- ¿El hecho de que más mujeres estén presentando casos ante la Comisión se debe a que existe diferencias en la calidad del servicio por sexo? ¿Esta diferencia implica tratos discriminatorios de género? ¿Existe diferencias en la atención a hombres y mujeres en los servicios públicos y en los privados? ¿Ello tiene que ver con la cultura de servicio médico que permea el otorgamiento de los mismos? ¿Cómo repercute lo anterior en las desigualdades de género?
- ¿Cuál es la vinculación entre las especialidades médicas con mayor prevalencia de quejas y el género? ¿Qué causas e implicaciones tiene que la especialidad médica que en cuarto lugar está presente en casos ante la Comisión sea Gineco Obstetricia?, si se considera que en el caso de las quejas de cirugías plásticas, en 9 de cada 10 de los casos ingresados a la Comisión la persona que recibió el mal servicio fue mujer, cabría preguntar ¿cuál es la razón por la cual dos especialidades básicamente enfocadas en atención a mujeres ocupan juntas el 3er lugar en prevalencia de quejas?
- ¿Los hombres optan por no presentar su caso ante la Comisión por razones atribuibles a patrones estereotipados de masculinidad? ¿o es que reciben mejor atención?
- ¿El hecho de que la Comisión solo tenga Módulos de atención en Mexicali y Tijuana, y que como se observa ello hace más del 90% de los casos ingresados a la CAME sean de esos municipios, afecta por igual a mujeres y a hombres de los otros municipios? Lo anterior es una pregunta pertinente toda vez que las mujeres enfrentan mayores restricciones para la libre movilidad.

Las respuestas a estas y otras preguntas permitirán al CAME contar con un adecuado diagnóstico de género que les ayude a identificar las desigualdades

en los servicios y atención médica brindada, y por tanto emprender acciones para contribuir a erradicarlas y mejorar con ello la calidad y eficacia de los mismos servicios médicos.

### Diseño del Programa

En el artículo 7 de la citada Ley, se establecen que la CAME cuenta con atribuciones diversas para cumplir con su objetivo de arbitrar y conciliar. En general, cuenta con funciones de *informar y asesorar a los usuarios sobre sus derechos; recibir, investigar y atender las quejas que presenten los usuarios; recibir toda la información y pruebas que aporten los prestadores de servicios de salud y los usuarios; Intervenir en amigable composición para conciliar conflictos; constituirse en árbitro y pronunciar los laudos que correspondan, orientar a los usuarios*, entre otras.

Con base en esas atribuciones, el Gobierno del Estado considera que la CAME puede contribuir al cumplimiento del objetivo de *impulsar la mejora continua de los servicios de salud, bajo criterios de calidad, calidez y seguridad, dentro de un marco que garantice el respeto a los derechos de los pacientes y favorezca la participación ciudadana*, en tanto como instancia de conciliación y arbitraje se encarga de *promover el arbitraje médico como primera instancia en la atención del conflicto entre prestadores y usuarios de los servicios de salud*. Todo lo cual contribuiría al objetivo superior de *mejorar las condiciones de salud de la población*.<sup>214</sup>

Específicamente el Programa Estatal de Salud plantea respecto de la calidad de los servicios lograr en el periodo 2009-2013, *mejorar las condiciones de salud de la población (y eso) implica contar con servicios de salud pública social y privada, efectivos, seguros y de calidad, que respondan a las expectativas de los usuarios*. Para lo cual se fijó como objetivo: *impulsar la mejora continua de los servicios de salud, bajo criterios de calidad, calidez y*

---

<sup>214</sup> [Plan Estatal de Desarrollo ...](#) 5.4.5 Calidad y seguridad en los servicios de salud

*seguridad, dentro de un marco que garantice el respeto a los derechos de los pacientes y favorezca la participación ciudadana.*<sup>215</sup>

En este objetivo, el Programa sectorial plantea como *Línea Estratégica 5.1.3. Promover el arbitraje médico como primera instancia en la atención del conflicto entre prestadores y usuarios de los servicios de salud.*

Para cumplir con ese cometido, el programa se plantea como objetivo general:

- *Coadyuvar en la mejora de la prestación de los servicios de salud mediante participación ciudadana y sectores público y privado.*<sup>216</sup>

Como se puede observar, el objetivo general no incorpora principios de equidad e igualdad de género en los servicios de salud, como parte de los criterios que se impulsarán desde la CAME para mejorar los mismos.

A este respecto es importante destacar que, tanto la Ley de la CAME como el Plan Estatal de Desarrollo y el Programa sectorial de salud, plantean que esa función de arbitraje mejorará la calidad de los servicios de salud, cuestión que evidentemente es así. Aunque en ningún apartado de esos documentos oficiales se vincula la dimensión de la calidad con la de género. No se establece que mejores servicios implican reconocer el diferente acceso de mujeres y hombres al derecho a la salud y llevar a cabo lo conducente para eliminar esas brechas y contribuir a un acceso a la salud en condiciones de igualdad de género.

Mejores servicios deben reconocer en qué medida en los servicios de salud existen desigualdad y discriminación de género, privan estereotipos y formas

---

<sup>215</sup> Programa Estatal de Salud 2009-2013, Secretaría de Salud del Gobierno de Baja California,

D.  
<sup>216</sup> Documento *Identificación de Programas para el Ejercicio Fiscal 2009*, Secretaría de Planeación y Finanzas, Gobierno del Estado de Baja California. Programa 79 Conciliación y Arbitraje Médico.

de violencia de género que afectan el ejercicio del derecho a la salud de las personas y ocasionan desigualdades de género.

Diversas organizaciones internacionales, investigaciones académicas y organizaciones sociales han mostrado el problema de salud que existe relacionado con la atención médica a las mujeres. Se registran miles de muertes de mujeres cada día por causas asociadas con el embarazo y el parto. Otras decenas de miles más sufren complicaciones durante el embarazo que ponen en peligro sus vidas y las de sus hijos/as o les causan graves discapacidades. Por ello no es de extrañar que de las mayores prevalencias de quejas actualmente en el CAME estén aquellas relacionadas con la atención Gineco Obstetra.

A los gobiernos les corresponde una responsabilidad especial en la prestación de servicios de asistencia antes del parto y post parto, la formación de personal capacitado para atender los partos, así como en procurar una atención especial y servicios de envío a centros adecuados, para las mujeres que presenten problemas graves durante el embarazo y el parto.

La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en diciembre de 1979 y ratificada por México en 1981. Establece en su artículo 12 lo siguiente:

*1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.*

*2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supra, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.*

Sería importante que la CAME, en tanto instancia que mediante el arbitraje promueve el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, incorporara la perspectiva de género a sus planteamientos normativos y operativos, a fin de atender los aspectos anteriormente señalados, promoviendo de manera especial el ejercicio al derecho de la salud de las mujeres y contribuyendo a mejorar los servicios que reciben.

Ello le permitiría contribuir de manera más eficaz al objetivo superior del Gobierno del Estado *de eliminar la violencia y discriminación hacia las mujeres, así como garantizar la igualdad de oportunidades para hombres y mujeres, razón por la cual se adopta la perspectiva de género en las políticas públicas y se tratará el tema con la transversalidad requerida en las acciones de gobierno, toda vez que la vulnerabilidad de la mujer bajacaliforniana así lo demanda.*<sup>217</sup>

### **Acciones y servicios del programa**

Consecuentemente con la ausencia de la perspectiva de género en el diagnóstico y en el diseño del programa, las acciones y servicios que se otorgan al momento de operar, en general también se encuentran planteados al margen de esta dimensión.

CAME desarrolla en esencia dos tipos de servicios para la mejora de la calidad de los servicios de salud:

1. La prevención del conflicto médico.
2. La resolución del conflicto médico.

Respecto de la primera, el programa lleva a cabo acciones que buscan difundir entre los usuarios y usuarias de los servicios de salud, así como a los y las prestadoras de servicios de salud, las funciones de arbitraje de la CAME. Para ello lleva a cabo actividades como pláticas y conferencias ante colegios y

---

<sup>217</sup> Plan Estatal ..., objetivo 5.1.3. Mujeres, p. 144.

asociaciones médicas, instituciones educativas con especialidades médicas, así como con prestadores/as de servicios de salud. También impulsan acciones de difusión a la ciudadanía en general sobre las funciones de la CAME, para lo cual cuentan con materiales de difusión impresa, además de que aprovechan espacios en medios masivos de comunicación para difundir su misión.<sup>218</sup>

Respecto de la segunda, la CAME recibe quejas e inconformidades sobre los servicios de salud prestados en el Estado, y si les da trámite integra un expediente para iniciar el proceso de arbitraje al que es condición que concurren voluntariamente las partes. En el proceso interviene personal médico y jurídico, quienes desde órganos técnicos emiten opiniones técnicas y dictámenes para fundamentar la labor arbitral de la Comisión.

Respecto de ambos servicios ninguno contempla esquemas de actuación diferenciados por sexo. Por ejemplo, no se considera realizar acciones de prevención de conflictos médicos con base en alguna valoración respecto las desigualdades en la atención médica a las y los pacientes en función de su sexo. De este modo no se consideran mensajes de prevención de conflictos específicamente destinados a favorecer un trato y atención médica con igualdad de género, lo cual abonaría a prevenir conflictos médicos.

Tampoco se considera dentro de las estrategias a seguir para prevenir, así como para arbitrar, ubicar el tipo de servicios de salud que suscita conflicto y valorar si ello está vinculado con cuestiones de discriminación de género.

A este respecto, vale la pena destacar que la CAME impulsa acciones dirigidas a proporcionar información para los y las usuarias de los servicios de salud relacionada con que dichos servicios sean otorgados con base en el respeto a la dignidad y autonomía de decisión del y de la paciente, así como en el profesionalismo de la atención médica. Para ello realizó una *Carta de los*

---

<sup>218</sup> Entrevista sostenida con funcionarios públicos de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado, Noviembre de 2009.

*Derechos Generales de los Pacientes*, con base en la cual busca dar a los usuarios y usuarias elementos que les permita participar y corresponsabilizarse en el cuidado de su salud.<sup>219</sup>

Dicha Carta, que parte de la base las disposiciones de la Ley de la Comisión que se refieren a las irregularidades que se dan en los servicios y los principios de la ética en la práctica médica<sup>220</sup> plantea diversos *derechos que tiene el paciente* (sic) entre los cuales se pueden destacar los siguientes: *recibir atención médica adecuada, recibir información suficiente, clara oportuna y veraz, decidir libremente sobre su atención, otorgar o no su consentimiento válidamente informado, recibir atención médica en caso de urgencia.*

La definición de cada uno de esos derechos resulta adecuada en términos generales, aunque reproduce patrones estereotipados de género que no abonan a una cultura de igualdad. Está planteada como si solo los hombres fueran quienes hacen uso de los servicios médicos, o sólo fueran varones quienes están en posibilidades de asumirse como *el responsable* (sic), en caso de que *el paciente* (sic), no pueda tomar decisiones. Además, en el ámbito de la salud, identifica al hombre como *el médico* y a la mujer como *la enfermera*.

Adicionalmente carece de señalamientos respecto de la obligación del personal médico, como parte del otorgamiento de los servicios de salud, de que cuando detecta o le es referido por el o la paciente que es víctima de violencia o maltrato, dar parte al Ministerio Público y remitir a la o el paciente a instancias especializadas en su atención.<sup>221</sup>

---

<sup>219</sup> Documento Carta de los Derechos Generales de los Pacientes. Cabe señalar que para su elaboración se tomaron como base *las disposiciones sanitarias de nuestro país, así como se consultaron un total de 1,117 instituciones representantes de salud y la sociedad mexicana.*

<sup>220</sup> Artículo 3 de la *Ley de la Comisión...* La Ley considera que se da una irregularidad en la maltrato a pacientes, *cuando por se da un acto u omisión en la atención médica que contravenga las disposiciones que la regulan, incluidos los principios científicos y éticos que orientan la práctica de cualquier profesión en el área de la salud.* Así como también define que los principios éticos de la práctica médica son *el conjunto de reglas bioéticas y deontológicas universalmente aceptadas para la atención de la prestación de servicios de salud.*

<sup>221</sup> La Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Baja California, al igual que la Ley General en la materia, señala en su artículo 42 que

Es importante mencionar que la *Carta* señala que *el paciente tiene el derecho a que el médico (sic), la enfermera (sic) y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le brinden un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares y acompañantes.*

Este derecho en principio es adecuado dado que le reconoce a la persona el derecho de que se consideren sus propios valores, como parte de lo que se entenderá como trato digno en la relación establecida con el personal médico, al momento de la prestación del servicio de salud. No obstante la redacción es confusa pues equipara las condiciones socioculturales y de género de las personas con las *convicciones*, ante lo cual pudiera interpretarse que el trato digno de las personas estaría en función de que las personas lo invoquen o reivindiquen su género como una convicción. Lo que relativiza la incorporación de la equidad de género como un principio que forman parte de la configuración del servicio médico.

Es recomendable que se definan e incorporen a los servicios médicos principios de equidad de género (no exclusión, no discriminación, igualdad de trato y oportunidades), a fin de que dichos servicios sean impartidos con base en esos principios, independientemente de que el o la paciente los invoque como una convicción al momento de la prestación del servicio. De hecho, dichos principios deberían ser parte de aquellas *reglas bioéticas y deontológicas universalmente aceptadas para la atención de la prestación de servicios de salud*, señaladas en la Ley como *principios éticos de la práctica médica*.

---

corresponderá a la Secretaría de Salud el implementar en la política de salud del estado, los principios de equidad y no discriminación entre mujeres y hombres, favoreciendo la prevención de la violencia de género, garantizando que en todas sus dependencias, cuando se trate de la atención a las víctimas, se aplique la NOM 190-SSA1-1999: Prestación de servicios de salud; Criterios para la atención médica de violencia familiar. Vale la pena destacar que la citada norma es *de observancia obligatoria para todos los prestadores de servicios de salud de los sectores público, social y privado que componen el Sistema Nacional de Salud*.

A este respecto, es importante comentar la importancia de reconocer las diferencias de género a fin de lograr un servicio acorde con la igualdad de oportunidades. La visión que priva hoy entre quienes forman parte del servicio público de la CAME, es que no se debe hacer ninguna consideración con base en el género a la hora de impartir el servicio, ya que la ley considera a mujeres y hombres como usuarios de los servicios, y con base en ello *no se hacen distinción de sexo, de creencias religiosas, edad, ideología política, etc. por lo cual hombres y mujeres deben ser tratados en condiciones de igualdad.*<sup>222</sup> Lo cual invisibiliza las inequidades de género y limita el logro de una mayor igualdad real.

### Presupuestación

En relación al proceso de presupuestación que lleva a cabo el programa, pese a que desde 2009 la CAME por definición de ley es un Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública del Estado, con personalidad jurídica y patrimonio propio, en el marco legal estatal en materia presupuestaria se establece que ésta se lleva a cabo con base en los lineamientos que determina la Secretaría de Planeación y Finanzas del Gobierno del Estado, que es la instancia normativa en la cuestión.

En este apartado se retoma el diagnóstico realizado por esta consultoría respecto de la incorporación de la perspectiva de género en la administración del gobierno del estado. Específicamente en el capítulo 2, denominado “La incorporación de la perspectiva de género en la política fiscal”, de manera resumida señalamos que la Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público del Estado de Baja California; la Ley de Ingresos del Estado de Baja California para el ejercicio fiscal 2009; el Presupuesto de Egresos del Estado de Baja California para el ejercicio fiscal 2009; la Ley Orgánica de la Administración

---

<sup>222</sup> Entrevista...Para un análisis de las visiones e implicaciones de género que privan entre los y las funcionarias del sector salud, que se retoman del análisis del trabajo de entrevistas y de grupo de foco que se tuvo con ellos en la investigación de campo, revisar el apartado incluido en las conclusiones.

Pública del Estado de Baja California; los Lineamientos para la Programación y Presupuestación del Gasto Público del Ejercicio Fiscal 2010; y los Programas de Inversión y Gasto que acompañan al POA global, no contienen la perspectiva de género, de tal modo que el presupuesto público del que disponen las dependencias y entidades de la administración pública del Gobierno del Estado no se orienta a atender necesidades específicas de las mujeres y hombres, como tampoco contemplan promover o dirigir la acción institucional hacia alguno de los objetivos de género analizados en este diagnóstico.

Además de esas disposiciones generales, no existen lineamientos específicos dentro de la CAME o en el ámbito de la Secretaría de Salud, que planteen la incorporación de la perspectiva de género en el programa. De hecho, el presupuesto ni siquiera es presentado distinguiendo a los beneficiarios por sexo, como tampoco los recursos se presupuestan con el fin de promover la equidad de género. En el siguiente apartado se presenta el tipo de metas consideradas por el programa para 2009, y para cuyo cumplimiento se destinaron 825 mil pesos para atender las labores de arbitraje médico en todo el Estado de Baja California.

### Seguimiento y evaluación

Respecto del seguimiento y la evaluación, para fines de este diagnóstico se tomarán como referencia las metas señaladas en el programa operativo anual del Programa. Las que a continuación se exponen refieren a las actividades institucionales de la CAME conceptualizadas como Conciliación y Arbitraje en Servicios de Salud.<sup>223</sup>

---

<sup>223</sup> Indicadores tomados del documento *Identificación de Programas Ejercicio Fiscal 2009, Programa 79 Conciliación y Arbitraje Médico*. Las citas que se integran en este apartado de seguimiento y evaluación fueron realizadas con base en este documento, salvo que se indique lo contrario.

**DIAGNÓSTICO DE LA INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL SECTOR SALUD DEL  
GOBIERNO DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA**

---

Localidad	Meta	Unidad de medida	Programado
Estatad	Difundir a los prestadores de servicios de salud sus Derechos y obligaciones en materia de salud	Persona	4,616
Estatad	Garantizar la atención al 100% de los usuarios a Través del proceso conciliatorio	Dictamen de conciliación	12
Estatad	Resolver el total de los casos que requieran una Pronta resolución (menos de 48 horas)	Dictamen de gestión inmediata	12
Estatad	Llevar a cabo la formación y capacitación en la prevención del conflicto en áreas de salud	Persona	2
	Atención en la ciudad de Tijuana para ampliar la Cobertura del organismo	Módulo Operando	1
	Garantizar la atención al 100% de los usuarios a través del proceso conciliatorio	Dictamen de conciliación	12
	Resolver el total de los casos que requieran una pronta resolución (menos de 48 horas)	Dictamen de gestión inmediata	12

Como se puede observar, la mayoría de las metas son de resultados y relativas a cumplir con la realización de los servicios planteadas en el año por la

Comisión. Aquellas que involucran personas están no están desagregadas por sexo; además de que se observa que el Programa no contempla acciones y servicios diferenciados por sexo.

No hay formuladas metas de impacto, es decir, aquellas que orienten la acción del programa a generar cambios favorables en el bienestar de las personas a las que se dirige la acción del Programa. Esto se corresponde con la línea planteada en el Programa Estatal de Salud 2009-2013, el cual plantea las siguientes metas para la Comisión:

Línea de Acción	Descripción de la meta	Resultado 2009-2013
5.1.3.1. Fortalecer el Arbitraje Médico como instancia para la resolución de las diferencias entre los usuarios y proveedores de servicios de salud	Turnar a la Comisión Estatal de Arbitraje Médico los casos que sean de su competencia y que hayan sido registrados en la institución.	100% de los casos de conflicto médico paciente
	Resolver satisfactoriamente para el usuario y proveedor de servicios de salud, los conflictos presentados ante la Comisión Estatal de Arbitraje Médico.	= ó > a 90% del total de asuntos recibidos

Al respecto, sería importante que la Comisión se planteara alcanzar metas vinculadas a incorporar la perspectiva de género, que complementen y enriquezcan lo hasta hoy realizado. Por ejemplo, así como se planteó para 2009 *llevar a cabo la formación y capacitación en la prevención del conflicto en áreas de salud*, también se podría plantear llevar a cabo formación y capacitación en perspectiva de género en la atención a la salud, donde participara todo el personal de la Comisión. Derivada de la anterior, se deberían fijar metas relativas a enriquecer los contenidos de los materiales de difusión a partir de incorporarles dicha perspectiva, además de que pudiera

dirigir estrategias específicas para llevar a cabo acciones de prevención con mujeres, como con hombres.

Es importante señalar que existen acciones de seguimiento y evaluación externas al Programa que se dan por parte de la Secretaría de Salud, a la cual está sectorizada la CAME. Al respecto, la titular de la Unidad de Seguimiento y Evaluación de dicha Secretaría, plantea que *existe un proceso de evaluación periódica tanto de la política estatal como de lo estratégico contemplado en el Plan Estatal de Desarrollo. Esto se hace a través de una evaluación trimestral a través de un seguimiento de los principales indicadores.*<sup>224</sup> No obstante, dicha evaluación se lleva a cabo con base en los indicadores definidos en el Programa Operativo Anual, que son los anteriormente analizados.

Es decir, no existe a nivel estatal una dependencia externa de gobierno que tenga como cometido esencial llevar a cabo una evaluación de la acción institucional a partir de indicadores que se diseñen *ex profeso* para ello. De acuerdo con la Secretaría, esa es una de las tareas que deberá enfrentar el Consejo de Salud Estatal, recientemente instaurado por ley y en donde la función de evaluación tiene un lugar estratégico.<sup>225</sup> Al respecto, sería importante que ese Consejo de Salud Estatal fijara metodologías de evaluación con perspectiva de género a todos los servicios de salud en el estado, las cuales se incluyeran indicadores que den cuenta del impacto de la acción institucional en la transformación de las relaciones de desigualdad, inequidad, opresión y violencia que padecen las mujeres.

---

<sup>224</sup> Entrevista realizada con una funcionaria del ISSESALUD, Noviembre de 2009.

<sup>225</sup> *Lo vemos como un organismo estratégico en cuanto a evaluar los resultados e identificar las desviaciones que pudiéramos estar teniendo en el camino, para tomar las decisiones en cuanto a los ajuste de una manera más oportuna y con la participación de todas las instituciones del sector tanto federales como estatales, así como los ONG que por el giro tienen un impacto importante en la salud.*

## Coordinación de acciones

La CAME lleva a cabo acciones de coordinación con diversas instancias para el desarrollo de sus actividades, como lo son prestadores y prestadoras de servicios públicos y privados de salud, asociaciones de profesionales médicos e instituciones educativas con disciplinas médicas. Y si bien esas acciones han permitido promover y difundir su cometido, en términos de la incorporación de la perspectiva de género, ésta ha estado ausente. De hecho, no ha habido acciones de vinculación con el Instituto de la Mujer para el Estado de Baja California, para realizar acciones conjuntas que permitan un avance en la incorporación de la perspectiva de género.

## Capacitación

La CAME ha impulsado la capacitación de sus integrantes, aunque solo en aspectos relativos a su función sustantiva. En este 2009 2 servidores(a)s público(a)s tomaron el curso *Formación y capacitación en la prevención del conflicto en áreas de salud*. Y también en 2009, a instancias del instituto de la Mujer, participó un servidor público adscrito a la CAME en el taller sobre *Matriz de marco lógico y perspectiva de género*, así como el Diplomado *Planeación y Presupuestación con Perspectiva de Género*.

## Organización institucional

El Programa no cuenta en su ámbito interno con alguna área que se encargue de diseñar y promover la incorporación de la perspectiva de género. Y si bien el ISESALUD cuenta formalmente con el departamento de salud reproductiva y equidad de género, este en realidad no desempeña funciones en donde se aborde la perspectiva o equidad de género, pues de hecho su nombre solo obedece a la necesidad de estar acorde al nombre que tiene el departamento de salud reproductiva y equidad de género a nivel nacional.<sup>226</sup>

---

<sup>226</sup> Entrevista con funcionaria del ISSESALUD, noviembre de 2009.

## IV. CONCLUSIONES

Este Capítulo de Conclusiones se divide en 3 grandes apartados. El primero expone aquellos factores de índole general que se considera han influido para que la incorporación de la perspectiva de género en los programas prioritarios no haya prosperado ampliamente. Dichos factores se desprenden de los resultados generales del diagnóstico.

El segundo delinea las posibilidades y obstáculos que se ubican en el recurso humano que opera los Programas objeto de diagnóstico, para promover la incorporación de la perspectiva de género.

El tercero plantea las conclusiones por Programa en un esquema de debilidades, fortalezas y oportunidades, el cual permite visualizar más fácilmente los retos a emprender en esta materia.

### I. Factores condicionantes y marco de posibilidades

Una vez concluida la tarea de diagnosticar la incorporación de la perspectiva de género en el sector salud del Gobierno de Baja California, se revela la existencia de una profunda complejidad de factores de índole diversa que operan facilitando o restringiendo de ese cometido.

Enfocada esa tarea de diagnóstico en los factores institucionales, se trasluce como las leyes, normas, planteamientos de gobierno generales y particulares prescriben y orientan la acción de los Programas hacia la consecución de objetivos que de manera general no están armonizados con la tarea de superior de promover la igualdad y la equidad de género, transformando de manera decidida aquellas condiciones que aun hoy hacen posibles los estereotipos, exclusión, opresión, jerarquización y violencia de género en contra de las mujeres, las cuales se expresan en diversos ámbitos de la vida social, como el hogar, el trabajo, la escuela, etc.

Como factores generales externos a los Programas objeto de análisis, están las Leyes de Salud, tanto la federal como la estatal, las cuales en general no contemplan principios o acciones en el sentido de promover la equidad y la

igualdad entre hombres y mujeres. Desde esa óptica, son instrumentos que no ofrecen un marco idóneo para promover que los servicios de salud se otorguen respondiendo a las necesidades específicas de mujeres y hombres.

Esto implica que para la elaboración y procesos de reforma de ambas leyes, no se plasmaron orientaciones de acción pública en pro de la equidad de género. De tal modo que siguen sin armonizarse totalmente estas leyes de salud con los principios y objetivos que prescriben instrumentos nacionales e internacionales, sobre equidad de género, no discriminación, ambiente libre de violencia, de los cuales el Estado Mexicano es firmante, con lo cual está obligado a cumplir.

Las Normas Oficiales mexicanas como instrumentos normativos que fijan principios, procesos y procedimientos para la atención de diversas materias de salubridad, sí incorporan la perspectiva de género en algunos aspectos. Es el caso de las que regulan la prevención y atención de VIH: cáncer de mama: embarazo adolescente (*embarazo, parto y puerperio y planificación familiar*) y en menor medida adicciones. En ellas se parte en general de reconocer que mujeres y hombres tienen necesidades e intereses específicos, lo que hace que se determinen en algunos aspectos principios de actuación o procedimientos específicos para unas y otros. No obstante, en general aun necesitan ser enriquecidas para que prescriban que los servicios que regulan estén orientados a eliminar las brechas de género y lograr la equidad, para con ello hacer más eficaz la prestación de los servicios de salud.

En el caso de conciliación y arbitraje médico no es una materia de salud en específico y de hecho es una atribución del estado erigir su ley en la materia. La que existe actualmente tiene las mismas carencias que se señalan para las leyes de salud general y estatal. Y en el caso del Seguro Popular es un programa federal que tampoco cuenta con Norma Oficial, pues más que atender una materia de salud en específico, es un programa de protección financiera orientado a prevenir que los gastos en servicios de salud por parte de población sin seguridad social, los ponga en situación de vulnerabilidad.

Ahora bien, no obstante que las Normas Oficiales contienen algunas orientaciones en materia de perspectiva de género, los Programas Federales

(cáncer de mama, embarazo adolescente, VIH y adicciones) que se erigen para promover acciones en torno a esas temáticas en general carecen de contenidos con enfoque de género, con excepción del referido al VIH en algunos aspectos. Aunque algunos de ellos, como el de cáncer de mama y embarazo adolescente, son programas exclusivos para mujeres, como vimos en el estudio, ello no garantiza que están diseñados e implementados con perspectiva de género.

El hecho de que los Programas Federales sean normativos para los Programas Estatales en la materia, en el sentido de que bajo los esquemas de coordinación del sistema nacional de salud deben cumplir con metas nacionales, metas que están fijadas por la federación y con base en las cuales descentralizan presupuesto, incide en que dichos Programas Estatales reproduzcan los vacíos en perspectiva de género.

Aquí vale la acotación de que el hecho de que las Leyes no cuentan con enfoque de género, como tampoco las Normas y Programas Federales, no obliga a los programas a no tener dicho enfoque. Aquellas disposiciones normativas en algunos terrenos de mayor jerarquía, no impiden que el Programa a nivel estatal lo impulse, pues dicha normatividad establece principios, funciones y procedimientos genéricos que no se deben contravenir, pero no impiden enriquecer la acción pública específica. Esa normativa establece los parámetros de actuación mínimos que debe atenderse desde la política pública, pero el máximo está a determinación de la intervención en específico.

De ahí que el reto de los Programas Estatales sea innovar en la materia, incluidos Conciliación y Arbitraje Médico y Seguro Popular, no esperar a que las directrices sean marcadas por las autoridades federales, ya sea por vía de nuevas líneas disposiciones de los Programas ó Normas Oficiales, ó por la modificación de las Leyes Federales o incluso estatales. Ello no implica que los propios Programas Estatales no promuevan ante los Programas Federales la necesidad orientarse con una perspectiva de género, construyendo datos y formas de sistematizarlos y analizarlos que arrojen luz a problemáticas y brechas de género antes ignoradas; que se rediseñen los programas, que se

den nuevos enfoques a la gestión pública que se abran a nuevas temáticas de capacitación y a mejores esquemas de seguimiento y evaluación; todo lo cual redunde en mayor eficacia en la tarea pública de garantizar el cumplimiento del derecho a la salud con equidad de género.

Tampoco implica que la deje de propugnar en las foros nacionales donde se discuten las nuevas orientaciones de la Normas Oficiales, para que las vicisitudes que se enfrentan en la atención directa sea considerada por la Norma nacional; para que las innovaciones en modelos de atención que se logran desde los estados sean asumidos por esa normatividad nacional.

Y lo mismo se puede decir en el terreno de la creación e innovación de la legislación, se debe pugnar porque las leyes estatales y federales reconozcan la situación de desigualdad, discriminación y violencia en que viven amplios grupos de mujeres de nuestro país, y en consecuencia prescriba que las políticas públicas se orienten a erradicarlas; y en tanto se revierte esa situación, dé a las mujeres condiciones favorables que garanticen la igualdad de oportunidades.

Otro factor que no ha operado a favor del objetivo de incorporar la perspectiva de género, ha sido la poca vinculación de las instituciones con el Instituto de la Mujer, que es la instancia encargada e interesada en promover esa tarea. El papel del Instituto debe ser más protagónico en ese aspecto, buscando que al seno de la Secretaría de Salud estatal se cree una oficina de equidad y género que tenga la función de diseñar, promover y monitorear la transversalización de la perspectiva de género en el sector salud.

Para promover la incorporación de la perspectiva de género en los programas del sector salud, se precisa a nivel estatal realizar una inversión estratégica de recursos de todo tipo que detonen la inventiva y compromiso que ya está presente en parte del personal que opera o dirige los Programas. En ese sentido las acciones de sensibilización y capacitación han sido escasas, aunque importantes. Los talleres, cursos y diplomados promovidos por el Instituto de la Mujer, en acuerdo con el sector administración y salud, han empezado a mostrar su potencial, aunque aun es necesario empezar por acciones más básicas como sensibilizar a buena parte de personal, a fin de

eliminar algunos prejuicios y estereotipos respecto de lo que es el género. A partir de ello, las acciones de capacitación encontrarán terreno firme para poder apostarle a la innovación en ese terreno.

De hecho a fin de ubicar el tipo de valores, nociones y aptitudes que tienen esos actores y actrices de la política pública, enseguida se presentan el análisis que con ese cometido se realizó con base en las entrevistas y el trabajo en grupos de foco llevados a cabo durante la investigación de campo realizada por este equipo consultor.

## **II. Debilidades, fortalezas y oportunidades en la incorporación de la perspectiva de género por parte del personal adscrito a los programas estratégicos del sector salud**

Como se señaló puntualmente en el Anexo 1, donde se expone la metodología y resultados del trabajo en campo, se realizaron 3 sesiones de grupos focales divididos por nivel de mando: directivos, mandos medios y personal de atención directa de cada uno de los 6 programas prioritarios analizados. Además se realizaron entrevistas con las y los servidores públicos vinculados a áreas clave de esos programas. El objetivo de ese trabajo fue conocer las nociones, visiones y actitudes de esos actores y actrices hacia la perspectiva de género, a fin de ubicar como ello influye en el diseño y operación de los programas a los cuales están vinculado(a)s.

Con base a ello es que se presenta el siguiente análisis donde se ubican aquellos aspectos que se consideran áreas de oportunidad para la impulsar la implementación de la Perspectiva con Enfoque de Género (PEG) con el personal del sector salud del Gobierno de Baja California. También se da cuenta de las fortalezas con las que indudablemente ya cuenta el personal de dicho sector para el mismo propósito, derivadas de la apertura y sensibilidad mostrada hacia dimensiones específicas del género (exclusión y discriminación de mujeres, equidad de oportunidades entre hombres y mujeres, etc.) que se discutieron en las sesiones de trabajo con ellas y ellos. Así como también se destacan las reticencias y poca sensibilidad de parte del personal de los

Programas hacia ese cometido. Las oportunidades, fortalezas y debilidades fueron analizadas por nivel jerárquico y no por programa, dado que se consideró más relevante tomar evidencias de lo que predomina en general en el sector salud, más que ubicar de manera concreta esto en cada programa.

## **1. Directivos**

### 1.1 Debilidades

Entre los mandos directivos existe un desconocimiento generalizado del concepto género (*Conjunto de ideas, creencias, representaciones y atribuciones sociales construidas en cada cultura tomando como base la diferencia sexual*<sup>227</sup>), siendo que éste es observado por las y los directivos como una llana clasificación que se hace entre hombres y mujeres, sin tomar en cuenta las diferencias que existen entre roles sociales y culturales con respecto a las diferencias físicas y biológicas, es decir, no tienen clara la diferencia entre género y sexo.

Esta situación deriva en que es más complicado para ellos/as aplicar políticas públicas con PEG, pues aunque entienden que dicho enfoque está relacionado con la observancia de las necesidades específicas que tienen tanto hombres como mujeres, éstas las constriñen a un ámbito meramente biológico y minimizan las demás partes de condicionantes de la vida en sociedad que tenemos hombres y mujeres, por lo mismo, no reconocen qué situaciones de desventaja, inequidad y desigualdad que viven las mujeres, sean un problema de orden social, sino lo atribuyen en general a cuestiones de naturaleza humana.

Por otro lado, salvo una persona que este año ha estado cursando el Diplomado que se impartió sobre Planeación y Presupuestación con PEG, los demás desconocen cualquier legislación existente, tanto a nivel Federal como Estatal que esté relacionada con la igualdad entre hombres y mujeres y el derecho de éstas a vivir una vida libre de violencia. Esta situación propicia no

---

<sup>227</sup> Lamas, Martha; Lo que generó el género. La perspectiva de género: una herramienta para construir la equidad entre hombres y mujeres. DIF, México, 1997.

sólo una incapacidad para actuar de la mejor manera ante situaciones de inequidad e incluso de violencia o discriminación que pudiesen observar en el marco de sus funciones institucionales, sino que conduce a que se desvirtúe el trabajo en torno a la equidad de género, de tal modo que algunos de los y las participantes se plantearon que las leyes que se hacen para salvaguardar los derechos de las mujeres fomentan la omisión de los derechos de los hombres. Otro de los efectos que se ubicaron por ese desconocimiento de la legislación, fue que se le restaba importancia al tema, subvaluando no sólo lo que las medidas concretas que se plantean en las leyes, sino también los valores de justicia y equidad necesarios para una convivencia igualitaria entre hombres y mujeres en cualquier ámbito de la sociedad.

Como consecuencia de esas visiones, se compromete la incorporación de la PEG en los servicios que brinda la institución, pues la mayoría de las y los directivos coincidieron en que el sólo hecho de que los servicios por ley y por normativa del programa, estén abiertos para toda persona sin importar su sexo, es suficiente para asegurar que no necesitan medidas adicionales que garanticen equidad de género.

Estas aseveraciones contrastan con la realidad y muestran la falta de visión de género en los/as funcionarios/as, pues no todas las personas acceden por igual a los servicios que brinda el Estado y es menester de éste atender las diferentes condiciones y posiciones de las personas por su condición de edad, clase o género, que impactan en el aprovechamiento de beneficios a los que como ciudadanas/os tienen derecho. De modo que para poder revertir la situación de desigualdad de género, los servicios además de estar abiertos a todo el público deben considerar mecanismos de acceso que faciliten a aquellos y aquellas que por sus condiciones y posición diferenciada no tienen la misma oportunidad que otras a construir sus propias opciones de desarrollo.

### 1.2 Áreas de Oportunidad

Ante el hecho de que depende de la voluntad de las y los directivos que los programas funcionen con Enfoque de Género, pues como ya se ha visto en general las normas no prescriben la incorporación de la perspectiva de género en los programas, es que se hace que sea incluso prioritario comenzar a

sensibilizarlos y capacitarlos a ellos y ellas, a fin de que no sólo se allanen obstáculos para esa tarea, sino sobre todo para que encuentre condiciones más favorables para su instrumentación.

Afortunadamente no se manifestó una resistencia fuerte a la posibilidad de aprender sobre el tema y, pese a que consideran que ya está añadida la PEG en sus respectivos programas, por la igualdad formal de la norma, reconocen algunas situaciones de desigualdad en las que pueden intervenir. Estas manifestaciones muestran que hay una ventana de oportunidad para la incorporación del Enfoque de Género en los mencionados programas.

## **2. Mandos Medios**

### 2.1 Debilidades

Al igual que en el caso de los y las directivas, los/as mandos medios tampoco dominan el concepto de equidad de género; no obstante, una de las principales limitaciones está vinculada al término equidad, el cual es confundido con el de igualdad formal (*de jure*). Los/as mandos medios no se muestran convencidos/as de que sea necesario implementar políticas públicas que atiendan a las diferencias estructurales y específicas de hombres o de mujeres, pues consideran que la equidad se da con política de igualdad formal, en donde no haya distinción de ningún tipo, incluido el sexo de las personas.

Estas limitaciones derivan de una falta de entendimiento y sensibilidad hacia la condición de género, ya que no visualizan las brechas existentes entre hombres y mujeres en el desarrollo de capacidades para el acceso a bienes y servicios en muchos ámbitos de la vida; o bien las consideran un problema más de índole personal que un problema estructural de inequidad de género. Esta percepción invisibiliza la discriminación indirecta (*de facto*) que se genera cuando no se reconocen las condiciones y puntos de partida desiguales de las personas en función, entre otras variables, de su sexo. Por lo cual se considera un tema que de manera prioritaria debe atenderse en procesos de capacitación.

En este mismo sentido, aunque están abiertos a que se incorpore la PEG en el diseño, análisis y evaluación de los programas y políticas públicas, consideran que esta no debe permear la operación de los mismos en cuanto al trato con los/as ciudadanos/as, pues, así como las y los directivos, consideran que

cualquier trato diferenciado hacia las mujeres va en menoscabo de los derechos de los hombres.

El Enfoque de Género es visto con más utilidad hacia el interior de la institución, en cuanto a políticas laborales, áreas de investigación, etc. y no se percatan que su visión de la equidad de género no sólo parcializa la dimensión de género, sino que deriva de un entendimiento erróneo del mismo, dado que consideran que el enfoque de género es el enfoque de las mujeres y sitúan en el plano de una lucha de poder en donde nadie gana más derechos, sino todos pierden.

Con todo y que los/as mandos medios sí consideran pertinente la inclusión de la PEG hacia el interior de la institución, y que reconocen que la mayoría de los puestos directivos son ocupados por hombres, no visualizan una brecha de género que permee este ambiente, pues no creen que se pueda hacer algo más allá de que los puestos estén abiertos a la competencia entre hombres y mujeres. La mayoría considera que si una mujer no puede competir con un hombre, es porque tiene otras prioridades, su casa particularmente; en cambio el hombre no tiene esa prioridad sino el trabajo.

Esas nociones acarrear un problema fundamental: las y los funcionarios consideran que el lugar de hombres y mujeres en los espacios públicos no está relacionado con lo que pasa en los privados y viceversa. Aunado a ello predomina en ellos la noción de que los problemas derivados de desigualdades e inequidades entre hombres y mujeres que tienen fuertes determinantes culturales, como aquellos que derivan de lugares asignados en la sociedad por estereotipos de género, serán siempre independientes o cuando menos poco modificables por las acciones que emprenda el gobierno. Vinculado a ello, no perciben que los horarios tan extensos propios de los puestos de mayor responsabilidad, sólo los pueden cubrir personas que no asumen responsabilidades en otros ámbitos, los cuales son generalmente hombres. Además de que no ven que eso significa una desventaja e inequidad no sólo de una mujer (*que cada quien lo resuelva en su casa*), sino significa una inequidad para las mujeres en general, y ante ello el estado está obligado a generar

condiciones que tiendan a eliminarlas, y en tanto ello se logra, compensar la inequidad mediante acciones afirmativas.

De hecho, los mismos servidores y servidoras públicas, son portadores de un lenguaje excluyente de las mujeres, pues en esencia es andrógino (cuando hace referencia a los doctores, a los profesionales y por otro lado a las enfermeras y a las servidoras sociales, etc.) e incluso lo hacen pasar como neutro en el ámbito de la salud, lo que fortalece ciertos estereotipos que llevan a la reproducción de inequidades.

Hay que señalar que, al igual que los/as directivas, los y las mandos medios desconocen cualquier tipo de legislación relativa a la igualdad entre mujeres y hombres o al acceso de las mujeres a una vida libre de violencia.

## 2.2 Áreas de Oportunidad

Hay sensibilidad en los mandos medios para incorporar la perspectiva de género en sus funciones de gobierno.

Por ejemplo: a pesar de que en uno de los Programas, por el hecho de que sus contenidos están definidos a nivel federal ya se considera que contiene la perspectiva, quien lo opera consideró que en ello se debe profundizar, y puso como ejemplo una campaña nacional que no maneja la paternidad responsable, dejando en la mujer el rol principal, como siempre sucede.

Los/as mandos medios, con base en ese ejemplo, visualizaron cómo ese rol principal es endilgado a la mujer por las propias instituciones (tanto gubernamentales como jurídicas) y pareciera “liberar” a los hombres de ello, cuando desde la perspectiva de los/as funcionarias, esta situación en realidad discrimina a los hombres en su rol de padres. De esta manera visualizan que la equidad de género no se plantea sólo a favor de las mujeres, sino también de los hombres, con lo que ven que es una dimensión mayor conveniente para toda la sociedad.

Esta sensibilización y voluntad mostrada da cuenta de las oportunidades que hay en el personal de mandos medios para la incorporación de la PEG en las instituciones gubernamentales, la cual tenderá a ser menos lenta y más profunda en la medida en que se sepa interesarlo(a)s en ella, y demostrar su importancia para toda la sociedad, aunque en principio para las mujeres, dada

la situación que han vivido de inequidad e incluso sojuzgamiento en algunos ámbitos.

### **3. Personal de atención directa**

Este personal muestra un grado considerablemente mayor de sensibilización al tema que los/as mandos medios y los/as directivas, lo cual presupone partir desde una base mejor para impulsar procesos de capacitación. Se pudo constatar que la gran mayoría de los y las participantes requieren capacitación (que será muy bien recibida) para profundizar en sus conocimientos, los cuales ellos y ellas esperan que les permita identificar de qué manera la atención que brindan puede incidir en la reducción de brechas de género.

Esto propicia un área de oportunidad mayor en este nivel, la cual, sin embargo, puede tener un alcance limitado si no se acompaña de la incorporación de la PEG en el diseño mismo de los programas prioritarios. Dado que como servidores y servidoras públicas operan en los programas en los términos establecidos por los esquemas programáticos, y por ende no pueden apartarse de la normatividad.

## **Conclusiones específicas de los Programas**

### **a) Seguro Popular**

El REPSS en el Estado de Baja California se crea para que la población sin derechohabencia tenga acceso a la protección en salud, de acuerdo al artículo 4º constitucional, con el objetivo de que las familias que no cuentan con esa seguridad social eviten gastos y que como resultado de estos haya detrimento en la economía familiar.

El REPSS cuenta con un plan de acción alineado con el contenido del Plan Sectorial de Salud 2007-2012 y el Plan Nacional de Desarrollo actual. Asimismo, acorde con la Ley General de Salud como sustento normativo.

Asimismo identifica con precisión el problema a resolverse, sin embargo, en los documentos normativos, la metodología y manuales no se consideran acciones con perspectiva de género.

Los distintos programas y estrategias se enfocan a población en general, mujeres embarazadas y a cubrir los servicios médicos de niños/as recién nacidos hasta los seis años, priorizando que sea la mujer la titular de la póliza de afiliación.

Si bien es cierto el Seguro popular es un blindaje de protección social a la salud, las acciones realizadas tanto para el proceso de afiliación a éste como para los servicios de salud brindados no consideran el enfoque de equidad de género, pues no toman en cuenta las necesidades específicas de hombres y mujeres ni objetivos encaminados a eliminar brechas de género en la protección social a la salud.

Las acciones no consideran la igualdad e inclusión de género, sólo aluden a la igualdad social en el sentido del derecho igualitario del acceso a la salud. Pero no considera las desigualdades estructurales de género que restringen el acceso de las mujeres a la protección y la salud.

Tampoco se consideran ambientes libres de violencia cuando es uno de los lineamientos a los que México se ha ceñido, además de ser un problema de salud pública que afecta primordialmente a las mujeres.

De igual forma no existe abordaje del combate a los estereotipos de géneros tradicionales, ni se hace mención alguna a la forma en que éstos inciden en el cuidado de la salud. Incluso las acciones del REPSS refuerzan la concepción de que es la mujer la responsable del cuidado de la salud familiar, lo cual contribuye a sobrecargarlas de trabajo y responsabilidades. En ese sentido las mujeres son consideradas beneficiarias, principalmente en su condición de madres, no como sujetas individuales de derechos.

Resulta importante señalar que la existencia de registros desagregados por sexo (padrón de afiliados(as)) no se utilizan para plantear estrategias y acciones que permitan un análisis concienzudo de la problemática de salud que afecta a mujeres y hombres.

## **b) Programa salud sexual y reproductiva en adolescentes**

### **Debilidades**

La normatividad utilizada para el desarrollo de acciones del programa tiene debilidades. No aborda de manera sustancial el tema de los derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes, pues la mirada está puesta en disminuir la tasa de natalidad, siendo esta la parte medular del programa.

Asimismo, la NOM-007-SSA2-1993 en lo que refiere a la salud materna infantil relaciona la atención médica de la mujer con enfermedades derivadas de la maternidad, restringiendo esa atención al período de embarazo, parto y puerperio, por supuesto, dejando de lado enfermedades que no tengan que ver con la condición de ser madre; con lo cual la adolescente no está siendo sujeta de atención salvo en su condición de madre.

En lo que hace al programa de acción específica 2007-2012 este no considera problemas o necesidades específicas para las y los adolescentes en relación al embarazo y la planificación familiar. Este se centra en la disminución de la natalidad buscando que las adolescentes utilicen un método anticonceptivo que permitan el control natal. En este sentido, carece de considerar aspectos culturales y sociales que permitirían entender porqué los/as adolescentes a pesar de tener conocimiento sobre los métodos anticonceptivos no hacen uso de ellos. Además, las mínimas identificaciones de las necesidades de esa población van dirigidas primordialmente a las mujeres, acotándolo el embarazo a aspectos biológicos y no como parte de la toma de decisiones en pareja. Delegando con ello responsabilidades a los hombres.

En lo que refiere a las acciones desarrolladas por las instituciones de salud en Baja California no han incorporado la equidad de género en las acciones pues no consideran en el abordaje con los/as adolescentes las particularidades de cada sexo.

Los materiales utilizados y la capacitación tampoco consideran la equidad de género. Incluso no existe coordinación con organismos de la sociedad civil. El vínculo con el área de Medicina preventiva se acota a la canalización de adolescentes embarazadas con VIH o ITS.

En cuanto al abordaje de objetivos de equidad (utilizados por el equipo consultor para el análisis de género) significativos para incorporar este enfoque en la política pública tampoco son abordados. El registro de información no se encuentra desagregado por sexo.

En lo que hace a los roles de género, el programa sugiere superarlos, pero las acciones emprendidas para hacerlo resultan precarias, al hacer uso sólo de materiales de difusión, cuando se necesita considerar también otros mecanismos para lograr abatirlos.

Respecto a la conciliación del ámbito laboral y familiar, a pesar de que el programa hace mención de ello, no se consideran estrategias que combatan los obstáculos que no permiten a la mujer insertarse en el ámbito laboral. Asimismo, las acciones no inmiscuyen al varón en la división del trabajo, ni en las decisiones de la salud sexual y reproductiva. Debe señalarse que si no se considera la importancia de la división el trabajo en los cuidados domésticos y de la reproducción, la dificultad para ir cerrando brechas de género en este ámbito resulta aún más difícil

### **Fortalezas y áreas de oportunidad**

La norma sobre planificación familiar sugiere que sea la pareja quien realice la elección del método anticonceptivo a utilizarse. En este sentido, las acciones pueden rediseñarse para lograr resultados más efectivos en la prevención del embarazo y en ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

Otra de las áreas de oportunidad está relacionada con la capacitación al personal de salud y los contenidos a bordarse. En este sentido, la

incorporación de la perspectiva de género permitirá emprender acciones diferenciadas por sexo, atendiendo las necesidades específicas de cada uno.

Asimismo, la importancia de la coordinación de los distintos actores que llevan a cabo el desarrollo de la política es vital para el logro de resultados de impacto en las acciones realizadas con los/as adolescentes, que no sólo versen en abatir el aumento de nacimientos, sino que permita comprender, gracias a las acciones conjuntas, por qué las/os adolescentes no hacen uso de los métodos anticonceptivos para la prevención del embarazo y contagio de enfermedades de transmisión sexual y se enfoque en una atención en un marco de derechos y equidad de género.

En ese sentido, si bien es cierto que la información recabada no se encuentra desagregada por sexo, esta debe generarse buscando las variables e indicadores que permitan entender de mejor manera el problema; incorporando para ello las categorías analíticas que el enfoque de género ofrece.

### **c) Cáncer de mama**

#### **Debilidades**

Desde el punto de vista del equipo de investigación, no está atendiendo plenamente al objetivo de igualdad e inclusión en el ejercicio del derecho a la salud, cuando plantea que *la toma de mastografía se debe realizar anualmente o cada dos años, a las mujeres de 40 a 49 años con dos o más factores de riesgo y en forma anual a toda mujer de 50 años o más, por indicación médica y con autorización de la interesada, de existir el recurso.*

Esto se sustenta en el hecho de que sería conveniente revisar la focalización de la población que debe realizarse la toma de la mastografía (la más eficaz de las 3 que propone la Norma para diagnosticar), es decir *50 años o más*, cuando la incidencia de la enfermedad es creciente en edades anteriores, cuestión de la que se tenía conocimiento desde que la Norma se expidió (Septiembre de 2003).

Esta focalización de acciones en este grupo de edad de mujeres podría constituir, por dejar de actuar en otros grupos que ya están padeciendo la enfermedad, una forma de exclusión de amplios sectores de mujeres. Existen opiniones médicas expertas respecto de la conveniencia de impulsar políticas para promover la autoexploración y exploración clínica como medidas para la detección oportuna de cáncer en mujeres de menos de 50 años, antes los riesgos y limitaciones del tamizaje por mastografía. Por ello se considera que, dado la relevancia del tema en la salud de las mujeres, es prioritario que se fortalezcan las acciones en todos los sentidos posibles y pertinentes a fin de incrementar la detección oportuna de cáncer de mama y con ello las posibilidades de sobrevivida.

No existe ningún objetivo vinculado a la necesidad de mejorar la efectividad y calidad del servicio mediante la incorporación del enfoque de género, lo cual enriquezca el modelo de atención, apunte a sensibilizar y capacitar al personal que opera los distintos servicios del programa, así como logre el interés y pleno involucramiento de las pacientes en el cuidado de su salud. Con lo que no se plantea como un fin en sí mismo eliminar aquellos estereotipos de género que están incidiendo en que el servicio no se dé en términos de trato adecuado a las mujeres, como tampoco promueve a éstas a ocuparse del cuidado de su propia salud.

El Programa Federal y el Seguro Popular no están aportando recursos suficientes para que los Estados atiendan la morbilidad del cáncer de mama. Pese a que el Programa Federal plantea *fomentar el acceso a los servicios de salud de cáncer de mama, mediante la gratuidad de la atención en mujeres sin seguridad social (estrategia 5)*, en los hechos en Baja California eso no sucede, pues el costo del tamizaje por mastografía de aquellas mujeres que no se encuentran dentro del grupo focalizado de 50 a 69 años y que no cuentan con seguridad social, deben asumirlo ellas mismas.

La figura de la Consejería no opera como debiera en los servicios de atención.

A nivel local, el Programa no cuenta con recursos suficientes para impulsar por sí mismo acciones que amplíen el tamizaje por mastografía a otros grupos de mujeres que no contempla el programa nacional (menores de 50 años). Falta coordinación de acciones con otras instancias que atienden la enfermedad. Hace falta el despliegue de campañas de prevención con enfoque local. Como también se carece de planes para la sensibilización, formación y capacitación en la atención de la enfermedad, particularmente desde una perspectiva de género.

### **Fortalezas y áreas de oportunidades**

La Norma Oficial Mexicana para el tratamiento del Cáncer de mama, considera en específico algunas de las necesidades de la mujer, por lo que se puede decir que cuenta con algunos elementos de la perspectiva de género; aunque en general las disposiciones sólo ubican a las mujeres como usuarias, no tanto como sujetas de su proceso de atención, por lo que debe actualizarse profundizando la incorporación de dicha perspectiva.

La Norma Oficial contempla algunos procedimientos a seguir en las etapas de prevención, detección, diagnóstico y tratamiento, donde se reconocen en varios aspectos las especificidades que implica dirigir acciones de salud a mujeres, y si bien alguna de ellas no operan dado que la consejería no funciona, existe a nivel normativo como una base que debe profundizarse en la incorporación de la perspectiva de género.

En esa tarea, se cuenta con la Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud federal, que es la instancia encargada de elaborar el programa federal de cáncer de mama.

Se cuenta con bases de datos que pudieran sistematizarse y analizarse a nivel local bajo criterios de género, con el fin de identificar nuevas tendencias en la morbilidad y mortalidad del cáncer y de contar con mejores bases para incorporar la perspectiva de género en el Programa.

Se cuenta con personal comprometido y sensible a las necesidades de las mujeres, lo que debe ser aprovechado mediante acciones de capacitación.

Se cuenta por primera vez con un plan nacional en la materia, que conjunta recursos, información, objetivos y estrategias para el objetivo común de abatir la mortalidad por cáncer de mama. Aunque es necesaria más capacitación, coordinación y sobre todo inversión para hacer realidad las metas del Programa.

#### **d) Programa de prevención y atención del VIH**

##### **Debilidades**

La NOM -0-10-SSA2 1993 para el desarrollo de acciones encaminadas a la prevención y atención del VIH no considera objetivos de igualdad de género dirigidos a la población beneficiaria ni mecanismos de coordinación que permitan la incorporación de la perspectiva de género.

Asimismo, a pesar de que en su contenido se establece capacitar al personal de salud buscando sensibilizarlo para mejorar la atención de los y las que presentan VIH/Sida, en ella no se incluye la perspectiva de género, ni se incorpora la problematización del padecimiento y su relación con las percepciones y las desigualdades de género existentes. Esta carencia resulta grave pues es una directriz que el personal de salud considera como fundamento para llevar a cabo acciones.

No establece referencia alguna a la promoción de la no violencia lo que resulta grave pues quienes portan el virus o han desarrollado la enfermedad son generalmente víctimas de discriminación. Tampoco aborda las condiciones de estigmatización que sufren quienes son portadores o presentan Sida. Las cuales están íntimamente asociadas a su condición de género y preferencia sexual.

De igual forma en ésta no se establecen mecanismos de coordinación interinstitucional e intersectorial que permitan el desarrollo de acciones con equidad de género. A pesar de existir un reconocimiento diferenciado de ITS en mujeres y hombres, no hay abordaje diferente para cada género.

En lo que refiere al diagnóstico y diseño del programa de acción federal, este a pesar de que contiene datos estadísticos de mujeres y hombres que presentan el padecimiento, no cuenta con un análisis detallado para ambos géneros, ni reconoce la necesidad de abordarlos de manera diferenciada, situación, además, que limita identificar las desigualdades de género. En este sentido, carece también de referencias para promover la erradicación de los estereotipos sexuales asociados sin duda a los prejuicios de la enfermedad.

Si bien es cierto, la política visibiliza a las mujeres, sólo es como grupo clave, las embarazadas y, considera grupos con preferencia sexual caracterizados por el programa con prácticas de riesgo, el resto de la población queda fuera de la población objetivo. Por lo que, las acciones no se abordan de manera transversal, sino van enfocadas a los grupos clave. Por tanto, esta política tiene un diseño de tipo vertical pues no impacta las condiciones de los usuarios(as), pues sólo son receptores/as y los espacios de conflicto laboral y social no se ven permeados por una política que visibilice cambios en las condiciones.

En suma, las acciones del programa no buscan resolver las causas del problema, sólo atender de manera focalizada a los sectores poblaciones que se encuentran en situación de riesgo. Por tanto las acciones no consideran atender las desigualdades de género, prevenir o promocionar ambientes libres de violencia y combatir los estereotipos de género que intervienen en las condiciones y calidad de vida y atención de las personas con VIH.

### **Fortalezas y áreas de oportunidades**

Existe coordinación con organizaciones civiles y con instituciones para acciones de prevención y atención. Lo cual es una oportunidad para incorporar

la perspectiva de género a partir de hacer sinergias con organizaciones expertas.

Asimismo, la participación de las organizaciones de la sociedad civil con apoyo de instituciones de gobierno en eventos culturales o sociales masivos es un mecanismo que permite brindar información a la población en general y abordar la problemática del VIH/Sida que para muchos sectores sociales aún resulta un tema escabroso.

De igual manera el trabajo coordinado para la elaboración de materiales o la definición y diseño de las pláticas con abordaje diferenciado para ambos sexos es un área de oportunidad en la que se puede incorporar la equidad de género. En cuanto a la prevención se han abordado específicamente los grupos de riesgo, pero no se observa que las acciones estén integradas a una política de salud sexual y reproductiva. Por lo que esta es un área de oportunidad para emprender acciones con otros sectores de la población.

Asimismo el que se identifiquen necesidades particulares en relación a la preferencia sexual es un avance para la apertura de la equidad de género, pues se están identificando las necesidades diferenciadas de los grupos que presentan contagio o enfermedad. De la misma forma el abordaje de estas particularidades permite el abordaje de la atención basada en un marco de derecho y de equidad.

A pesar de existir modelos de atención considerando las especificidades de las distintas poblaciones clave, aún se nota ausente el lenguaje inclusivo y la atención diferenciada por sexo. En este sentido pueden hacerse cambios a las modelos locales para visibilizar a ambos géneros y reforzar la atención con grupos diversos en relación a la preferencia sexual incorporando equidad de género.

Una de las áreas de oportunidad es el fortalecimiento de vínculos entre los distintos actores que se encuentran inmersos en la problemática, instituciones de salud, organizaciones de la sociedad civil en materia de prevención y para el desarrollo de acciones de apoyo a las familias y a los que presentan contagio y

padecen la enfermedad, para resarcir la discriminación, homofobia y estigma que viven las poblaciones clave.

Un área más de oportunidad se visualiza en realizar análisis de los datos desagregados por sexo con los que se cuenta a fin de replantear estrategias y acciones, considerando necesidades de hombres y mujeres.

#### **e) Programa contra las Adicciones**

##### **Debilidades**

El *programa de acción específico 2007-2012 prevención y tratamiento de las adicciones del gobierno federal*, no tiene incorporada la perspectiva de género.

En el caso del Programa contra las adicciones estatal, ni el objetivo general ni los específicos de cada vertiente de acción, así como tampoco en los resultados esperados atienden cumplimiento de objetivos de equidad. Aunado a ello, no obstante el importante esfuerzo del Programa para levantar, procesar y analizar información sobre el fenómeno de la adicciones en el estado, la forma en que se sistematiza y analiza no resulta relevante desde la perspectiva de género, de tal modo que le permita dilucidar por qué y cómo ciertos sectores de hombres y de mujeres son consumidores de sustancias adictivas, y cómo se relaciona ello con su condición de género; lo anterior permitiría un mejor entendimiento del problema, y por tanto abriría mejores posibilidades para su atención.

Consecuentemente con la ausencia de la perspectiva de género en el diagnóstico y en el diseño del programa, la presupuestación, y las acciones y servicios que este otorgan al momento de operar, en general también se encuentran planteados al margen de esta dimensión. De modo que el programa no contempla acciones y servicios diferenciados por sexo que permitan atender el problema de manera más eficaz. Lo mismo sucede en las etapas de seguimiento y evaluación. Puesto que ninguno de los indicadores para valorar el cumplimiento de metas y objetivos resulta relevante desde el

enfoque de género. Inclusive las mujeres no son visibilizadas en ninguno de dichos indicadores.

### **Fortalezas y áreas de oportunidad**

El programa cuenta con un esquema de actuación que basa sus acciones en evidencia, lo cual implica un monitoreo permanente del fenómeno de las adicciones para lo cual cuenta con una subdirección de estadística que se encarga de diseñar e implementar estrategias de investigación para generar, sistematizar y analizar datos. Esta favorable peculiaridad habla del perfil del programa, el cual está abierto a la mejoría de sus acciones a fin de responder a los retos que el fenómeno está planteando. Con esta base, se cuenta con condiciones que hacen más favorable el impulso de la perspectiva de género como una dimensión de análisis y acción en torno a la cual el programa debe replantear su cometido y estrategias.

El Programa cuenta con una fuerte presencia estatal, con modelos de atención muy sólidos, personal con buen perfil profesional y formación, además de procesos de gestión bien estructurados en torno a su materia de trabajo, situación que plantea buenas condiciones para incorporar la perspectiva de género de manera ordenada y sistemática, con lo que es esperable que se potencie su capacidad de incidencia en el consumo de adicciones.

Cuenta con vínculos con los Centros de Integración Juvenil, los cuales en particular en Tijuana han venido incorporando la perspectiva de género a su modelo de atención. Por lo que si se profundizan esos vínculos, pueden enriquecer su modelo a partir de una práctica probada.

El Programa además cuenta con un lugar estratégico en el marco del Consejo Estatal para las Adicciones, por lo que las acciones que emprenda para su fortalecimiento mediante la incorporación de la perspectiva de género puede tener efectos en la definición e implementación de políticas generales que se impulsan en la materia en todo el estado.

## **f) Conciliación y Arbitraje Médico**

### **Debilidades**

La Ley que regula a la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Baja California que crea la institución, no contempla principios de igualdad e inclusión de género en las relaciones laborales con los/as servidores/as públicos/as, en términos, por ejemplo, de criterios de contratación y promoción, derechos y obligaciones en el servicio público a desempeñar. Como tampoco hace referencia alguna como principio a promover tanto en el ámbito interno, como en los servicios en conflicto o la eliminación de todas formas de violencia en contra de las mujeres.

El Programa de Conciliación y Arbitraje no cuenta con un diagnóstico de género sobre la situación que priva en el Estado respecto de los conflictos que se suceden en el ámbito de los servicios de salud, así como tampoco de la actuación de la Comisión misma.

El diseño del programa muestra en su objetivo general que la CAME no atiende a objetivos de equidad e igualdad que reconozcan los factores que inciden diferenciadamente en la atención médica que reciben las mujeres y los hombres, y la connotación de género que ello implica, para con ello actuar con base en las necesidades específicas que presenten, con el objetivo de incidir en una mayor igualdad de género en los servicios y atención médica.

Consecuentemente con la ausencia de la perspectiva de género en el diagnóstico y en el diseño del programa, las acciones y servicios que este otorgan al momento de operar, en general también se encuentran planteados al margen de este enfoque. Lo mismo sucede con los esquemas de presupuestación, seguimiento y evaluación.

### **Fortalezas y oportunidades**

La Comisión cuenta con bases de datos sobre sus servicios, que al ser ordenados y sistematizados con un sentido estratégico desde la perspectiva de género, pueden ser herramientas para que la Comisión pueda identificar las inequidades y desigualdades que hay entre mujeres y hombres en el problema social que atiende.

La visión que priva hoy entre quienes forman parte del servicio público de la CAME, es que no se debe hacer ninguna consideración con base en el género a la hora de impartir el servicio, ya que la ley considera a mujeres y hombres como usuarios/as de los servicios, y con base en ello *no se hace distinción de sexo, de creencias religiosas, edad, ideología política, etc. por lo cual hombres y mujeres deben ser tratados en condiciones de igualdad*. No obstante lo cual, existe sensibilidad hacia aspectos del género (como la desigualdad, la exclusión y la violencia), que son un factor favorable para emprender acciones de capacitación en la materia. Ya existe en la CAME una orientación a la capacitación de sus cuadros, de modo que es más viable impulsar nuevas acciones en materia de género.