



**FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS
MÉXICO**

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN EN POBLACIÓN

CIUDAD DE MÉXICO, 2012

PRESENTACIÓN

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) ha impulsado, desde los primeros años de este siglo, la elaboración de los Análisis de Situación en Población (ASP), como instrumentos de diagnóstico y de orientación para la contribución del UNFPA al desarrollo de políticas públicas en los temas de su mandato. La región de América Latina y el Caribe ha tenido un papel pionero al respecto, como lo evidencia la primera conformación de una guía conceptual y metodológica para tales ejercicios, sustentada en la experiencia de varios países de la región alrededor de 2005. Posteriormente, la Sede del UNFPA retomó estos ensayos y formuló una guía más amplia, que orienta los trabajos de las oficinas de país desde 2010.

En el caso de México, la oficina del UNFPA llevó a cabo la integración de un primer análisis de este tipo en el año 2009, con el apoyo de varios expertos nacionales, el cual fue importante como un elemento de apoyo para la Revisión de Medio Término del Programa de País 2008-2013. A partir de aquel ensayo, han surgido elementos y circunstancias que vuelven de la mayor relevancia actualizar y reorientar el análisis. Entre otros, cabe destacar la disponibilidad de nueva y muy amplia información sociodemográfica reciente, sobre todo gracias al Censo de Población y Vivienda 2010, además de una mayor profundización en el análisis de varias encuestas nacionales y de registros institucionales diversos, por parte de instituciones académicas, gubernamentales y de la sociedad civil en los últimos dos años. Por otra parte, está por iniciar el trabajo de formulación de un nuevo ciclo de cooperación del UNFPA en México, para el periodo 2014-2018, de tal manera que un nuevo ASP, actualizado y más estratégico, viene a ser altamente relevante.

De este modo, el UNFPA se dio a la tarea de coordinar la elaboración del ASP que ahora presentamos. El documento ha sido estructurado temáticamente, con base en los nuevos objetivos y resultados previstos en el Plan Estratégico Global del UNFPA, y se ha buscado concentrar la atención no sólo en el análisis de las tendencias y los desafíos sociodemográficos, sino también en el desarrollo de las políticas públicas nacionales, de los marcos jurídicos e institucionales y de las oportunidades para la contribución del UNFPA en cada tema. Asimismo, se ha procurado darle una presentación muy resumida y ejecutiva, considerando que el país existe un amplio desarrollo y disponibilidad de estudios demográficos, socioeconómicos y políticos que profundizan en los análisis respectivos, con gran solvencia y profundidad.

Debe tenerse en cuenta que el desarrollo de información y conocimiento sobre estas cuestiones en México se da no sólo con gran riqueza, sino también con una velocidad considerable. Este ASP asume la información disponible oficialmente hasta principios del mes

de noviembre de 2012. Es absolutamente previsible que, a partir de esa fecha, se agreguen rápida y constantemente nuevas fuentes de información, nuevas estimaciones y nuevos y más profundos estudios, por lo que de antemano debe plantearse y concebirse al ASP no como una obra acabada, sino como un proceso permanente y de muy cercano diálogo con todos los socios nacionales.

Queremos expresar nuestro mayor reconocimiento a las dos expertas nacionales que prepararon el presente documento: la Mtra. Paloma Villagómez Ornelas y la Mtra. Yeimi Colín Paz. De parte de la oficina del UNFPA, la coordinación estuvo a cargo de Alfonso Sandoval, con el apoyo de Iván Castellanos y las contribuciones temáticas de Javier Domínguez, Ma. José Gómez, Blanca Espinosa, Gabriela Rivera, Javier Arellano, Elsa Santos y José Antonio Ruiz. También agradecemos el apoyo brindado por diversas instituciones y organizaciones nacionales para facilitar el acceso a documentos y fuentes de información.

Esperamos que este esfuerzo contribuya sustantivamente al mejor desarrollo de la cooperación del UNFPA en México y a enriquecer el acervo de experiencias análogas a nivel regional y global.

Diego Palacios Jaramillo

Representante del UNFPA en México

Diciembre de 2012

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO 1: VISIÓN COMPRENSIVA DE LA SITUACIÓN DEL PAÍS, SU CUMPLIMIENTO DE ACUERDOS Y METAS INTERNACIONALES.....	8
1. Introducción	8
2. El contexto económico.....	8
Empleo.....	10
Economía informal	14
Pobreza.....	14
3. El contexto demográfico	17
Dinámica y estructura de la población.....	18
Distribución y movilidad de la población	20
4. El contexto político.....	23
Cambio político y transición democrática.....	23
Aplicación de derechos y su impacto en los diferentes tipos de desigualdad.....	24
Avances en el cumplimiento de acuerdos y metas internacionales	26
CAPÍTULO 2: POLÍTICA DE POBLACIÓN EN MÉXICO: INSTITUCIONALIDAD Y APLICACIÓN	31
1. Introducción	31
2. Los marcos normativos e instrumentos programáticos de la Política de Población	31
3. Institucionalización de la cultura demográfica	38
4. Oportunidades y recomendaciones	40
CAPÍTULO 3: ACCESO A SERVICIOS DE CALIDAD EN SALUD MATERNA Y NEONATAL.....	45
1. Introducción	45
2. El marco normativo y jurídico de los servicios de calidad en la salud materna y neonatal..	45
3. Principales brechas en materia de servicios de salud materna y neonatal	49
Mortalidad materna	49
Mortalidad neonatal	51
4. Análisis Institucional del acceso a los servicios de calidad en salud materna y neonatal	52

5. Oportunidades y recomendaciones	57
CAPÍTULO 4: ACCESO Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE CALIDAD DE PLANIFICACIÓN DE LA FAMILIA PARA PERSONAS INDIVIDUALES Y PAREJAS, DE CONFORMIDAD CON SUS RESPECTIVAS INTENCIONES EN CUESTIONES REPRODUCTIVAS.....	60
1. Introducción	60
2. El marco legal de servicios de planificación familiar en México	61
3. Análisis de brechas en el acceso a servicios de calidad de Planificación Familiar	65
Conocimiento de métodos anticonceptivos	67
Uso de métodos anticonceptivos.....	68
Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos	70
Anticoncepción y reproducción en adolescentes	71
La planificación familiar y la mortalidad materna.....	74
4. Análisis institucional.....	74
5. Oportunidades y retos	78
CAPÍTULO 5: ACCESO Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE CALIDAD DE PREVENCIÓN DEL VIH Y LAS ITS, ESPECIALMENTE EN BENEFICIO DE LOS JÓVENES Y DE OTRAS POBLACIONES CLAVE EN SITUACIÓN DE RIESGO..	82
1. Introducción	82
2. El marco normativo y legal de los servicios de prevención de VIH e ITS	83
3. Principales brechas en materia de acceso y utilización de servicios de calidad y prevención del VIH e ITS	87
4. Análisis Institucional del acceso y utilización de servicios de calidad de prevención del VIH e ITS	92
5. Oportunidades y recomendaciones	95
CAPÍTULO 6: PROMOCIÓN DE LA IGUALDAD ENTRE LOS GÉNEROS.....	98
1. Introducción	98
2. El marco legal e institucional de la igualdad entre los géneros y el combate a la violencia contra la mujer	98
3. Análisis de brechas para la Igualdad entre Hombres y Mujeres y para el combate a la Violencia de Género	104
Educación	104
Salud.....	105
Trabajo	106
Violencia de género.....	107

4. Análisis Institucional de las acciones para la Igualdad entre Hombres y Mujeres y el Combate a la Violencia de Género	110
5. Oportunidades y recomendaciones	113
CAPÍTULO 7: ACCESO DE LOS ADOLESCENTES Y JÓVENES A LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y EDUCACIÓN SOBRE SEXUALIDAD	116
1. Introducción	116
2. El marco legal del acceso de los adolescentes y jóvenes a los servicios de salud sexual y reproductiva (SSyR) y a la educación sobre sexualidad	116
3. Principales brechas en materia de acceso de los adolescentes y jóvenes a los servicios de salud sexual y reproductiva y a la educación sobre sexualidad	120
Salud Sexual y Reproductiva	121
Educación Sexual	123
4. Análisis Institucional del acceso de los adolescentes y jóvenes a los servicios de salud sexual y reproductiva y a la educación sobre sexualidad	126
5. Oportunidades y recomendaciones	128
CAPÍTULO 8: DISPONIBILIDAD Y ANÁLISIS DE DATOS CON FINES DE FUNDAMENTAR MEJOR LA ADOPCIÓN DE DECISIONES Y LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS EN RELACIÓN CON LA DINÁMICA DE POBLACIÓN Y LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	131
1. Introducción	131
2. El marco legal e institucional de la generación y procesamiento de información socio demográfica	131
Dinámica de la población	131
Salud sexual y reproductiva	132
3. Principales brechas en materia de generación y procesamiento de información sociodemográfica	133
Los Censos de Población y Vivienda	133
Encuestas sociodemográficas	134
Registros administrativos sobre estadísticas vitales	137
4. Análisis temático-institucional	137
Dinámica de la población	138
Salud sexual y Reproductiva	140
5. Oportunidades y recomendaciones	141
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	144

Introducción

El *Análisis de la situación en población 2012* tiene el propósito de identificar, a partir de un análisis de la información estadística e institucional disponible, las áreas de oportunidad que el país presenta en diversos ámbitos relevantes para el bienestar de la población, en concordancia con los temas propios del mandato del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Con este fin, después de un breve capítulo que contextualiza la situación general del país en términos del contexto económico, el demográfico y el político, el documento incluye siete temas principales:

La institucionalidad de la política de población en el país;

El acceso a servicios de calidad para la salud materna y neonatal;

El acceso a servicios de calidad de planificación familiar;

El acceso a servicios de calidad para el VIH/sida y otras ITS;

La promoción de la igualdad entre hombres y mujeres;

El acceso de jóvenes y adolescentes a servicios de salud sexual y reproductiva y educación sobre sexualidad, y

La disponibilidad y análisis de datos para la toma de decisiones en materia de dinámica de población y salud sexual y reproductiva.

Para cada uno de estos temas, se analizan los siguientes elementos:

El marco legal y normativo. La enumeración de los instrumentos con los que el país cuenta para dar atención y seguimiento a los diferentes temas que trata el documento da cuenta, por un lado, del grado de institucionalidad que cada tema ha cobrado, la postura desde la que se le concibe, los antecedentes a los que debe responder y, por otro lado, de los vacíos, contradicciones o traslapes legislativos. Así, en este apartado de cada capítulo se destaca la formulación y actualización de leyes, programas, normas o estrategias específicas para cada tema.

El análisis de las brechas más relevantes. Se analiza el estado de los indicadores que resulten más relevantes para cada tema, a la luz de las principales diferencias que éstos observan entre diferentes poblaciones o grupos de interés. Con ello se busca identificar poblaciones rezagadas o vulnerables en cada materia o los aspectos más urgentes de intervenir, con el fin de diseñar acciones específicas para su atención.

El análisis institucional. En este apartado se busca, para cada caso, identificar cuáles han sido las acciones más relevantes desarrolladas en cada materia –generalmente, desde el sector público-

, así como sus aciertos y deficiencias. Vale decir que en este acápite se destacan las acciones que se consideran más importantes para los fines de este informe –el cual es la identificación de áreas de intervención específica. Es decir no se trata de un listado exhaustivo de acciones instrumentadas.

Oportunidades y recomendaciones. A partir del breve diagnóstico elaborado con la información de los apartados anteriores, en este último acápite se desarrollan algunas reflexiones en torno a las necesidades identificadas en cada tema y se elaboran algunas sugerencias sobre las áreas específicas en las que un organismo como el Fondo de Población de las Naciones Unidas podría incidir. Por supuesto, no es la intención elaborar sugerencias directa y exclusivamente para la acción gubernamental; tampoco son recomendaciones con un alto nivel de especialización. Se trata, sobre todo, de aspectos en los que el quehacer particular del UNFPA puede contribuir sustantivamente a través de la cooperación técnica y financiera.

La intención ulterior de este informe es contribuir a la elaboración de un balance crítico del estado que guardan aspectos fundamentales para la labor del UNFPA en México y, con ello, contribuir a la formulación de una nueva agenda de cooperación entre este organismo y el gobierno de México.

CAPÍTULO 1: VISIÓN COMPRENSIVA DE LA SITUACIÓN DEL PAÍS, SU CUMPLIMIENTO DE ACUERDOS Y METAS INTERNACIONALES

1. INTRODUCCIÓN

El objetivo del capítulo es presentar una visión comprensiva de la situación general del país en términos de su dinámica demográfica, económica y política reciente. Adicionalmente, muestra los avances y retos que enfrenta el país en materia de Derechos Humanos y en torno al cumplimiento de compromisos internacionales adquiridos, con énfasis en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).¹

Este capítulo se estructura en tres apartados o secciones, el primero presenta *el contexto económico* a través del análisis de indicadores económicos relevantes de producción, variables de empleo y economía informal, así como información sobre la evolución de la pobreza en los últimos años, lo cual resulta especialmente relevante para el cumplimiento del Objetivo del Milenio número uno “*Erradicar la pobreza extrema y el hambre*”.

En el segundo apartado, *el contexto demográfico*, se describe la estructura, dinámica, distribución y movilidad de la población. En la tercera y última sección, *el contexto político*, se analizan aspectos relevantes del momento político que atraviesa México y, en este marco, se describen algunas de las acciones más importantes en materia de Derechos Humanos y de cumplimiento de acuerdos y metas internacionales durante el periodo 2007-2012.

2. EL CONTEXTO ECONÓMICO

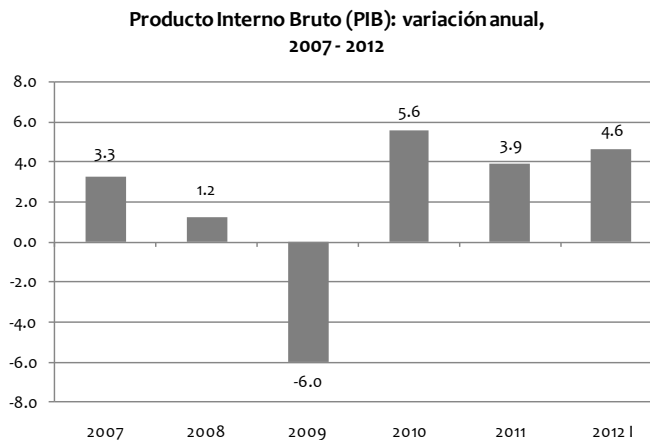
Al finalizar el año 2006, el aumento generalizado de los precios de bienes y servicios (inflación) alcanzó un nivel de 3.3%, el tipo de cambio se cotizó en 10.97 pesos por dólar y las reservas

¹ El 13 de septiembre de 2000, la Asamblea General de la Naciones Unidas emitió la resolución 55/2 conocida como *la Declaración del Milenio*, donde se establecen valores esenciales para las relaciones internacionales en el siglo XXI, a saber, la libertad, la igualdad, la solidaridad, la tolerancia, el respeto a la naturaleza y la responsabilidad común. De la declaración relacionada con *El desarrollo y la erradicación de la pobreza* se desprende la lista oficial de indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, los cuales establecen: 1) reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de habitantes del planeta cuyos ingresos fueran inferiores a un dólar por día y el de las personas que padecieran hambre; 2) velar por que, para ese mismo año, los niños y las niñas de todo el mundo pudieran terminar un ciclo completo de enseñanza primaria y por que tanto las niñas como los niños tuvieran acceso a todos los niveles de la enseñanza; 3) reducir, para ese mismo año, la mortalidad materna en tres cuartas partes y la mortalidad de los niños menores de 5 años en dos terceras partes respecto de sus tasas prevalecientes en el año 2000; 4) para entonces, haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA, el flagelo del paludismo y otras enfermedades graves que afligen a la humanidad; y 6) promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer como medios eficaces de combatir la pobreza, el hambre y las enfermedades y de estimular un desarrollo verdaderamente sostenible (Naciones Unidas, 2000:1-10). Los Objetivos de Desarrollo del Milenio son: 1) erradicar la pobreza extrema y el hambre; 2) lograr la enseñanza primaria universal; 3) promover la igualdad entre los sexos y el empoderamiento de la mujer; 4) reducir la mortalidad de niños menores de 5 años; 5) mejorar la salud materna; 6) combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades; 7) garantizar la sostenibilidad del medio ambiente; y 8) fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

internacionales rebasaron los 65 mil millones de pesos.² A fin de incrementar los recursos disponibles, durante 2007 se buscó la conformación de un sistema tributario más eficiente con el que se recaudaran más ingresos vía impuestos y combatir a la evasión y elusión fiscal que permitió que el PIB experimentara un crecimiento de 3.3%. Sin embargo, en 2008 la economía mundial experimentó una fuerte desaceleración debido a los problemas en el sector hipotecario y financiero de los Estados Unidos de América (EUA) y otras naciones desarrolladas. Dicha desaceleración también afectó la economía mexicana produciendo una contracción del PIB que registró un crecimiento de 1.2% respecto del año anterior.

Sin haber logrado una recuperación total de la crisis vivida en 2008, a mediados de 2009 la economía internacional sufrió un nuevo revés. Esta nueva crisis mundial tuvo un fuerte impacto en las exportaciones mexicanas, principalmente con los EUA. A ello se sumó la contingencia sanitaria a causa del virus de influenza humana A (H1N1) en México, que afectó de forma significativa a diversos sectores de la economía. A partir de esta crisis, en el país se estableció el Acuerdo Nacional a favor de la Economía Familiar y el Empleo, aplicando medidas destinadas a apoyar la recuperación de los sectores económicos más afectados por la contingencia sanitaria, otorgándose un descuento en cuotas patronales al Instituto Mexicano del Seguro Social, que buscaba minimizar los gastos de los patrones en este rubro y con ello evitar pérdidas de empleos. Se autorizó reducir el Impuesto Empresarial de Tasa Única (IETU) de pagos mensuales del Impuesto Sobre la Renta (ISR), con el fin de capitalizar la operación de las empresas y minimizar el riesgo de quiebras. También se congelaron los precios de las gasolinas y se redujo el precio del gas LP por un breve periodo. En este año el PIB registró una contracción de 6.0%, siendo la de mayor variación negativa en los últimos años (véase gráfica 1).

Gráfica 1



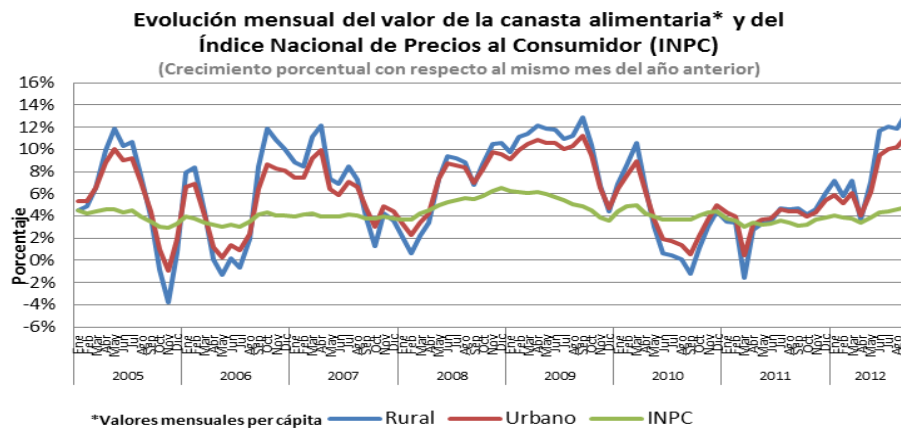
Fuente: Elaboración propia con datos del INEGI.

² Para mayor información ver: <http://sexto.informe.fox.presidencia.gob.mx/index.php?idseccion=38>

En 2010 se modificó el marco tributario con el propósito de fortalecer las finanzas públicas y reducir su dependencia de los ingresos por la venta de petróleo. El PIB en ese año registró una expansión de 5.6%. Durante 2011 se acentuó la crisis de deuda en Europa y se redujo el dinamismo de la producción industrial de EUA. Se hicieron visibles, además, los efectos de los desastres naturales registrados en Japón, que afectaron las cadenas de suministros de la industria automotriz y de productos electrónicos.

A pesar de que al cierre de ese año el gobierno refería contar con finanzas públicas sanas y de tener una fortaleza económica capaz de hacer frente a posibles crisis mundiales, el poder adquisitivo de los mexicanos se deterioró. La gráfica 2 muestra cómo la inflación ha conseguido que el costo de la canasta básica se encuentre muy por arriba del precio estimado de los productos. En la misma gráfica puede apreciarse el impacto de las crisis económicas vividas entre 2008 y 2010 y, de manera más preocupante aún, la tendencia a que el incremento que estos indicadores observan hacia el final del tercer trimestre de 2012, se sostenga para el final del año e, incluso, principios del que sigue.

Gráfica 2



Fuente: estimaciones del CONEVAL.

EMPLEO

Una de las prioridades plasmadas en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 fue “*crear los empleos que demandara la población*”, y es precisamente en este ámbito que, de acuerdo con las cifras obtenidas de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) y del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el país no ha obtenido los resultados que se esperaban. De acuerdo con estimaciones de la ENOE para el periodo 2007-2012, los indicadores estratégicos sobre el empleo presentan un pobre desempeño y evidencian su precariedad tanto en ámbitos más urbanizados como en los menos urbanizados, además de un notable sesgo de las desventajas laborales hacia la población femenina.

La población total del país pasó de poco más de 105 millones en 2007 a casi 117 millones estimados para la primera mitad del año 2012. La población de 14 años y más se incrementó en

poco más de nueve millones de personas en dicho periodo. De ella el 59% corresponde a la población económicamente activa³ (PEA) y el complemento a la población no económicamente activa (PNEA). La representación de hombres y mujeres en la PEA es sumamente desigual, toda vez que 78% de los hombres forma parte de esta población, mientras que entre las mujeres la participación económica asciende a cuatro de cada diez.

Entre 2007 y 2012, la proporción de población ocupada o desocupada que conforma la PEA ha mostrado un comportamiento relativamente regular. En el último año 95% de la PEA se encontraba ocupada y el resto no, a pesar de buscar hacerlo. La población desocupada mostró sus niveles más altos en 2010, cuando llegó a ser 5.3% de la PEA. Entre la población ocupada,⁴ dos terceras partes corresponden a trabajadores subordinados y remunerados; la tercera parte restante está representada en mayor medida por los trabajadores por cuenta propia (cerca de 23%), trabajadores no remunerados (poco más de 6%) y empleadores (casi 5%).

Entre hombres y mujeres existe una clara diferencia, el porcentaje de mujeres no remuneradas es el doble que el porcentaje de hombres (alrededor de 5% en hombres y 10% en mujeres); sólo una de cada tres personas ocupadas cuenta con acceso a instituciones de salud, entre los cuales la proporción es muy similar entre hombres y mujeres.

³ PEA, personas de determinada edad que durante el periodo de referencia tuvieron o realizaron una actividad económica (población ocupada) o buscaron activamente hacerlo (población desocupada abierta).

⁴ Personas que durante la semana de referencia realizaron algún tipo de actividad económica, estando en cualquiera de las siguientes situaciones: a. Trabajando por lo menos una hora al día, para producir bienes y/o servicios de manera independiente o subordinada, con o sin remuneración. b. Ausente temporalmente de su trabajo sin interrumpir su vínculo laboral con la unidad económica. Incluye: a los ocupados en el sector primario que se dedican a la producción para el autoconsumo (excepto la recolección de leña).

	Nacional					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Población Total	105,677,425	106,683,234	107,443,499	108,292,131	113,734,833	114,778,364
Población 14 años y más	75,751,194	77,235,095	78,718,334	79,670,989	83,893,317	85,119,351
%	71.7%	72.4%	73.3%	73.6%	73.8%	74.2%
Población económicamente activa	44,411,852	45,318,426	45,709,355	47,137,757	49,170,578	50,248,297
%	58.6%	58.7%	58.1%	59.2%	58.6%	59.0%
Ocupada	42,906,656	43,517,182	43,344,281	44,651,832	46,609,483	47,792,501
%	96.6%	96.0%	94.8%	94.7%	94.8%	95.1%
Desocupada	1,505,196	1,801,244	2,365,074	2,485,925	2,561,095	2,455,796
%	3.4%	4.0%	5.2%	5.3%	5.2%	4.9%
Población ocupada	42,906,656	43,517,182	43,344,281	44,651,832	46,609,483	47,792,501
Trabajadores subordinados y remunerados	28,104,010	28,932,598	28,639,156	29,280,772	30,842,630	31,657,346
%	65.5%	66.5%	66.1%	65.6%	66.2%	66.2%
Asalariados	25,941,504	26,842,002	26,592,226	27,227,323	28,791,372	29,603,040
%	92.3%	92.8%	92.9%	93.0%	93.3%	93.5%
Con percepciones no salariales	2,162,506	2,090,596	2,046,930	2,053,449	2,051,258	2,054,306
%	7.7%	7.2%	7.1%	7.0%	6.7%	6.5%
Empleadores	2,161,940	2,039,922	1,937,182	2,117,984	2,230,501	2,259,712
%	5.0%	4.7%	4.5%	4.7%	4.8%	4.7%
Trabajadores cuenta propia	9,704,282	9,588,388	9,966,596	10,262,054	10,519,626	10,883,486
%	22.6%	22.0%	23.0%	23.0%	22.6%	22.8%
Trabajadores no remunerados	2,936,424	2,956,275	2,801,347	2,991,022	3,016,726	2,991,957
%	6.8%	6.8%	6.5%	6.7%	6.5%	6.3%
Condición de acceso a las instituciones de salud	42,906,656	43,517,182	43,344,281	44,651,832	46,609,483	47,792,501
Con acceso	15,496,903	15,880,275	15,406,954	15,573,752	16,311,747	16,720,232
%	36.1%	36.5%	35.5%	34.9%	35.0%	35.0%
Sin acceso	27,158,121	27,354,103	27,683,762	28,811,435	30,011,863	30,795,330
%	63.3%	62.9%	63.9%	64.5%	64.4%	64.4%
Población subocupada	2,981,288	2,980,166	4,827,376	3,794,189	4,012,146	4,172,653
%	6.9%	6.8%	11.1%	8.5%	8.6%	8.7%
Población no económicamente activa	31,339,342	31,916,669	33,008,979	32,532,232	34,722,740	34,871,054
%	41.4%	41.3%	41.9%	40.8%	41.4%	41.0%
Disponibile	4,939,936	5,071,591	5,864,619	5,597,546	6,204,042	6,141,088
%	15.8%	15.9%	17.8%	17.2%	17.9%	17.6%
No disponible	26,399,406	26,845,079	27,144,360	26,934,686	28,518,698	28,729,966
%	84.2%	84.1%	82.2%	82.8%	82.1%	82.4%

Fuente: Elaboración propia con datos de los indicadores estratégicos de los resultados de la ENOE para los años de referencia.

Además del desempleo, México enfrenta un grave problema de subocupación⁵ y precarización de los empleos: según la ENOE, cuatro de cada diez personas laboran en el sector formal pero no cuentan con prestaciones sociales, y uno de cada tres trabajadores permanentes percibe un ingreso no mayor a dos salarios mínimos.

Por su parte, la proporción de población subocupada aumentó entre 2007 y 2009, pasando de 6.9% a 11.1%, y a partir del 2010 se mantuvo en casi 9%. La mayor parte de la población que se considera subocupada corresponde a trabajadores subordinados remunerados (50%), seguidos por los trabajadores por cuenta propia (38%). Estos indicadores dan cuenta de un amplísimo sector de la población que se inserta en actividades de muy baja productividad y que encuentra que su capacidad para el trabajo es desperdiciada a falta de mayores y mejores oportunidades de empleo.

⁵ Personas ocupadas con la necesidad y disponibilidad de ofertar más tiempo de trabajo de los que su ocupación actual les permite.

La dimensión de la población no económicamente activa (PNEA)⁶ en el periodo es de alrededor del 41% de la población de 14 años y más. La composición de la PNEA es totalmente opuesta a la de la PEA, toda vez que en la primera predominan las mujeres, especialmente en localidades con menor nivel de urbanización, donde alrededor de seis de cada diez mujeres no realizan actividades económicas.

La mayor parte de la PNEA se declara no disponible para el trabajo, ya sea porque deben atender otras obligaciones (80%), porque consideran que el contexto les impide trabajar (10%) o por alguna discapacidad física (alrededor de 9%). Las mujeres, mayoría en este grupo, reconocen estar más interesadas en laborar, pero la gran mayoría destina la mayor parte de su tiempo al trabajo doméstico no remunerado –quehaceres domésticos, cuidados a otros, entre otros.

Desde hace algunos años, diversos especialistas en la materia han llamado la atención sobre los intensos procesos de “terciarización” de la economía, toda vez que poco más de la mitad de la participación laboral de la población ocupada se concentra en actividades relacionadas con el comercio y los servicios.⁷

En el primer trimestre de 2012, poco más de 13% de la población ocupada se dedicaba a actividades propias del sector primario; casi una cuarta parte de los trabajadores realiza actividades del sector secundario, que incluye principalmente a la construcción y manufacturas. Las estimaciones más recientes indican que de cada diez trabajadores ocupados en este periodo, seis realizaban labores de este sector, en el cual, como se verá más adelante, priva la informalidad.

En el caso de los jóvenes, en 2010 éstos representaban la tercera parte de la PEA y sin embargo, constituían más de la mitad de la población sin empleo. Entre ellos, 91.5% desempeñó alguna actividad económica y 8.5% buscó hacerlo. En términos generales, esas proporciones no cambiaron sustancialmente durante la primera década del siglo XXI, sin embargo, analizando esos datos por grupos de edad y sexo, se observan tres rasgos interesantes del comportamiento de la PEA joven. El primer aspecto se refiere al porcentaje de adolescentes entre 14 y 19 años que formaba parte de la PEA, tanto ocupada como desocupada, el cual disminuyó considerablemente entre 2000 y 2010 al pasar de 38.9 a 31.4, tendencia positiva que sugiere una mayor permanencia de los adolescentes en los sistemas educativos. El segundo punto relevante es el aumento de la participación laboral de las mujeres jóvenes entre 25 y 29 años, que pasó de 46.5 a 54.4%. Por último, el tercer aspecto se refiere a la falta de oportunidades laborales que enfrentan los jóvenes en el mercado laboral. Entre aquellos de 20 a 24 años, la proporción de mujeres en el mercado laboral aumentó 2.8 puntos porcentuales, es

⁶ Personas de determinada edad que durante el periodo de referencia no tuvieron ni realizaron actividad económica ni buscaron trabajo.

⁷ De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda del 2010, la participación conjunta en el sector comercio y servicios asciende a 56.2% entre la población de 14 años o más que se encuentra ocupada.

decir, de 43.0 pasó a 45.8%, pero la mayor parte de este incremento se dio en la población desocupada (DES, 2011:26).

ECONOMÍA INFORMAL

Las estimaciones sobre el tamaño de la economía informal en México difieren ampliamente, aunque sobre este fenómeno se reconoce que ha ido creciendo en los últimos años y que actualmente es una parte importante de la economía, tanto en la producción como en la generación de empleos. Generalmente, la economía informal se asocia con el ambulante y a sus efectos negativos para el comercio establecido, la recaudación fiscal y el comercio interno.

Sin embargo, también es cierto que la economía informal, particularmente en mercados laborales como el mexicano, es una alternativa para obtener ingresos, sobre todo para la población más pobre, menos calificada y con menores posibilidades de integrarse al sector formal de la economía. En efecto, “la mayoría de los más pobres son auto empleados o trabajadores en unidades muy pequeñas –del tamaño de una familia- a menudo en empleos inestables y en establecimientos no registrados”. Sin embargo, dada su estrecha asociación con las condiciones de pobreza, la economía informal es más una opción de sobrevivencia que de superación de ésta (Ochoa, CESOP).

Asimismo la tolerancia hacia las actividades informales por parte de las autoridades ha propiciado que se genere un “efecto demostración” que convierte al sector informal en una opción viable de empleo, incluso por encima del sector formal, al evadir el pago de impuestos, de servicios públicos y el cumplimiento de otras legislaciones, tales como las leyes laborales. En diciembre de 2011 la economía informal empleó a 14 millones de mexicanos, casi el mismo volumen que cotizaban al IMSS (13.2 millones).

Por su naturaleza, las actividades informales se desarrollan con bajos niveles de inversión, capital humano y productividad. De esta forma, un sector informal grande implica la utilización de los recursos de una economía por debajo de su potencial. Así, a pesar de que el mercado informal brinda la oportunidad de obtener ingresos a población que difícilmente podría insertarse al sector formal, la economía informal está asociada con un menor ritmo de crecimiento del PIB, con baja productividad y, en general, con generación de empleos de baja calidad, con salarios reducidos y sin prestaciones laborales.

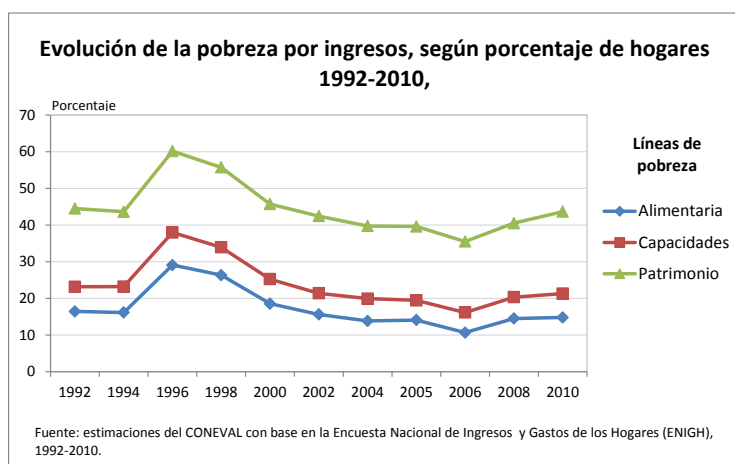
POBREZA

La situación de privación económica y social en la que se encuentra un amplio conjunto de la población es uno de los problemas más acuciantes en México y el mundo. Sin embargo, durante el periodo analizado en este informe, el país ha dado pasos importantes no sólo en el combate a la misma, sino también en la manera de concebirla y en el diseño de instrumentos novedosos para observarla y medirla.

La manera convenida internacionalmente de abordar la identificación y medición de la pobreza es a través del ingreso. En ese sentido, la pobreza por ingresos en México muestra, en general, una evolución descendente, aunque en los últimos años esta tendencia ha tendido a la desaceleración, registrando aumentos relevantes, particularmente en términos de la pobreza patrimonial.⁸

En la gráfica 3 se observa, por principio, el notable incremento de la pobreza después de la crisis económica de diciembre de 1994, la cual provocó una caída drástica del poder adquisitivo de la población. A partir de 1996, como resultado de políticas tendientes a incrementar el ingreso, la pobreza inicia una carrera descendente que se verá reforzada durante el sexenio 2000-2006, como resultado de la combinación del aumento de los salarios reales, la instrumentación de políticas públicas focalizadas (en particular el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, antes Progresá) y a la aportación de remesas internacionales (Cortés, 2010).

Gráfica 3



En este contexto se crea en 2004 la Ley General de Desarrollo Social (LGDS), la cual tiene dos objetivos primordiales: garantizar el ejercicio de los derechos sociales considerados indispensables para el desarrollo social y normar la participación de los actores involucrados en éste, a través de la creación de un Sistema Nacional de Desarrollo Social. Esta Ley da origen al Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), como organismo público y descentralizado que tiene como propósito “normar y coordinar la evaluación de las políticas y programas de desarrollo social que ejecuten las dependencias públicas, y establecer

⁸ La pobreza por ingresos identifica tres umbrales o líneas: la pobreza alimentaria, como la insuficiencia del ingreso para adquirir la canasta básica alimentaria, aun si se hiciera uso de todo el ingreso disponible en el hogar para la adquisición de estos bienes. La pobreza de capacidades es la insuficiencia del ingreso para adquirir la canasta básica alimentaria y efectuar los gastos necesarios en salud y educación, aun si se hiciera uso de todo el ingreso disponible en el hogar exclusivamente para la adquisición de estos bienes y servicios. Finalmente, la pobreza de patrimonio, definida como la insuficiencia del ingreso disponible para adquirir la canasta alimentaria y efectuar los gastos necesarios en salud, educación, vestido, vivienda y transporte, aun si se hiciera uso de todo el ingreso disponible en el hogar exclusivamente en la adquisición de estos bienes y servicios.

los lineamientos y criterios para la definición, identificación y medición de la pobreza, bajo principios de transparencia, objetividad y rigor técnico en dicha actividad (LGDS, 2004)”.

En lo que respecta a la medición de la pobreza, el CONEVAL desarrolló una metodología regida por una perspectiva multidimensional y con un enfoque de derechos sociales –la gran mayoría de los que señala la LGDS en su artículo 6°⁹, de acuerdo con lo establecido en el artículo 36 del mismo instrumento jurídico, en el cual se indica la obligación de construir una medida de pobreza que considere al menos los siguientes ámbitos:

- I. Ingreso corriente per cápita;
- II. Rezago educativo promedio en el hogar;
- III. Acceso a los servicios de salud;
- IV. Acceso a la seguridad social;
- V. Calidad y espacios de la vivienda;
- VI. Acceso a los servicios básicos en la vivienda;
- VII. Acceso a la alimentación, y
- VIII. Grado de cohesión social.

Con esta instrucción y el desarrollo de la respectiva metodología, México se convirtió en el primer país con una medición *oficial* de pobreza multidimensional, que busca trascender el ingreso como ámbito exclusivo de observación para medir el bienestar de la población (CONEVAL, 2010).¹⁰ Desde su creación, CONEVAL ha elaborado estimaciones de pobreza para el país y cada entidad federativa en dos ocasiones (2008 y 2010) y una para los 2, 456 municipios del país (2010).

Si la medición de la pobreza por ingresos permitió identificar que la tendencia descendente de las tres líneas de pobreza se revertiría en los últimos años de la primera década del siglo XXI, la medición multidimensional confirmaría el ascenso de la precariedad y permitiría identificar en qué dimensiones del bienestar se concentraban los rezagos.

Efectivamente, las acciones de combate a la pobreza se vieron mermadas por las crisis económicas y alimentarias internacionales que provocaron una nueva pérdida de poder adquisitivo y el alza en los precios de los alimentos. De tal suerte, entre 2008 y 2010 el porcentaje de población en pobreza aumentó de 44.5 a 46.2%; la pobreza extrema pasó de 10.6 a 10.4%.¹¹ La carencia social que mostró un mejor desempeño fue la falta de acceso a servicios de salud, la cual disminuyó 22%. Los únicos espacios que mostraron incrementos en el periodo analizado fueron, precisamente, el del bienestar económico –dado el incremento de población

⁹ El artículo 6° de la LGDS refiere que “son derechos para el desarrollo social la educación, la salud, la alimentación, la vivienda, el disfrute de un medio ambiente sano, el trabajo y la seguridad social y los relativos a la no discriminación en los términos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos” (LGDS, 2004: 3).

¹⁰ El artículo 37 indica que esta medición deberá reportarse cada dos años a nivel de entidad federativa y cada cinco a nivel municipal. Para ello, deberá hacer uso de la información generada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

¹¹ Aunque el cambio no resultó estadísticamente significativo.

con ingresos insuficientes para satisfacer necesidades alimentarias y no alimentarias- y la carencia por acceso a la alimentación, la cual aumentó poco más de 14%.

Es importante precisar que, si bien hasta años recientes la reducción de la pobreza presentaba avances consistentes, México presenta un profundo problema de desigualdad en la distribución del ingreso. Como lo señala Cortés, la participación del ingreso de los deciles más bajos, con respecto a la de los más ricos, aumentó en términos relativos entre el periodo 1992-2000 y 2000-2006, lo cual sugirió una tendencia “pro pobre” en la distribución del ingreso entre ambos periodos. Sin embargo, aún en 2006 se requería reunir los ingresos de 24.8 hogares del decil más pobre para igualar los ingresos de un solo hogar del decil más rico (2010: 76).

3. EL CONTEXTO DEMOGRÁFICO

Como se analiza en el capítulo siguiente, diversos escenarios demográficos requieren de instrumentos normativos y jurídicos particulares que respondan a las necesidades específicas de la población. En México, como el resto del mundo, la propia dinámica de la población ha hecho necesaria la definición de lineamientos que regulen la convivencia, propicien el desarrollo económico y social de los habitantes del país.

En materia demográfica a nivel mundial, de acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas, en octubre de 2011 la población de seres humanos de todo el planeta alcanzó los siete mil millones de habitantes.¹² México en 2010 alcanzó algo más de 112 millones de habitantes,¹³ es decir, la población del país representa el 1.6% de la población de todo el mundo, ocupando el décimo primer lugar.

DE ACUERDO CON CIFRAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (INEGI):

- ✓ la población de México, de acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2010, fue de poco más de 112,336,558 de habitantes.
- ✓ La tasa de crecimiento de la población en cinco años fue de 1.8 por cada cien.
- ✓ Por cada 100 mujeres hay 95.4 hombres.
- ✓ La población en edad dependiente por cada 100 personas en edad productiva es de 62.3.
- ✓ La edad mediana de la población es de 26 años.
- ✓ La esperanza de vida se ubicó en 75.7 años.
- ✓ Existen 57 habitantes por kilómetro cuadrado.
- ✓ El promedio de ocupantes por vivienda es de 3.9.
- ✓ 77.8% de la población se ubica en localidades urbanas.
- ✓ La tasa bruta de natalidad es de 17.28 nacidos vivos por cada 1000 habitantes.
- ✓ Las mujeres de 15 a 49 años presentan una tasa global de fecundidad de 2.01 hijos.
- ✓ La tasa bruta de mortalidad es de 5.07 defunciones por cada 1000 habitantes.
- ✓ Por cada 100 muertes de mujeres hay 127.9 muertes de hombres.
- ✓ Ocurren 8.73 muertes fetales, por cada mil nacidos vivos.

¹² Ver página en <http://worldpopulationreview.com/world-population-2012/>

¹³ De acuerdo con cifras del Censo de Población y Vivienda 2010 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía: <http://www.inegi.org.mx/>

DINÁMICA Y ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN

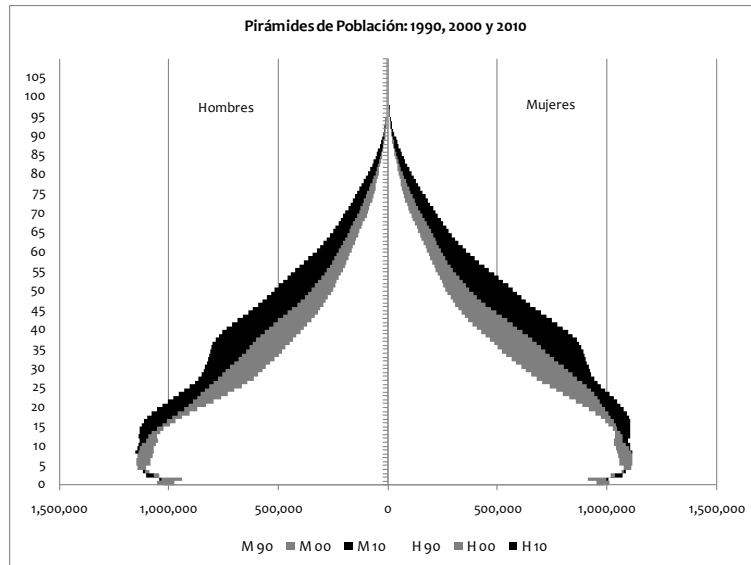
Una de las consecuencias más importantes de la transición demográfica es el cambio de la estructura por edad, proceso que es influido por una menor mortalidad y fecundidad y que conduce al paulatino envejecimiento de la población. México se encuentra en una fase avanzada de este proceso de transición y ya muestra indicios relevantes sobre el aumento de la edad de su población. En 1930 la población del país ascendía a 16 millones de personas y crecía anualmente en promedio 1.3%. Entre 1940 y 1950 el crecimiento medio anual ascendió a 2.7% y la población ya contaba con 25.8 millones de personas. En el periodo comprendido entre 1960 y 1970 la población crecía a un tasa de 3.5% y para el inicio de la década de los setenta, el volumen demográfico en México se aproximaba a los 60 millones de habitantes, para el año 2000 la población se había incrementado en 35 millones. En 2010, el total de la población ascendió a 112.3 millones de habitantes con una participación de 51.2% para las mujeres y 48.8% para los hombres.

El crecimiento de la población durante los últimos 20 años se distribuye de manera diferenciada entre diferentes grupos etarios, tanto en términos absolutos como relativos. La población infantil (0-14 años) pasó de 31.2 millones en 1990 a 33.0 millones en 2010, lo que implicó una disminución de su participación porcentual, pasando de 38.6% a 29.4. Los jóvenes (15-24 años) incrementaron su número en 3.5 millones en el mismo periodo, cayendo de 21.6 a 18.7% de la población total en el mismo periodo. La población adulta (25-64 años) tuvo el mayor incremento (22.4 millones), al pasar de 28.8 millones en 1990 a 51.3 en 2010; en términos relativos esto implicó pasar de 35.7 a 45.6%. Finalmente, los adultos mayores (65 años y más) también crecieron en 3.7 millones, ascendiendo a 31.5 millones en 2010. Su participación porcentual pasó de 4.1 a 6.2%. Lo anterior permite identificar que la estructura por edad de los mexicanos ha ido cambiando y se perfila un franco envejecimiento de su población (gráfica 4).¹⁴

De acuerdo con las proyecciones de población vigentes, se espera que para 2050 la población infantil sea de 20.5 millones y los jóvenes sumen 14.1 millones, en contraste con 65.2 millones de adultos y 25.9 millones de adultos mayores (CONAPO, 2008: 359). Estos cambios en el volumen y estructura de la población representarán enormes retos para el país. El ritmo de crecimiento económico y las dificultades que el país experimenta en la generación de empleo formal y productivo, permite suponer que el aprovechamiento del llamado “bono demográfico” será más complejo de lo que se esperaba. Finalmente, la población adulta mayor representará un gran reto, toda vez que habrá de satisfacer sus necesidades económicas y de salud.

Gráfica 4

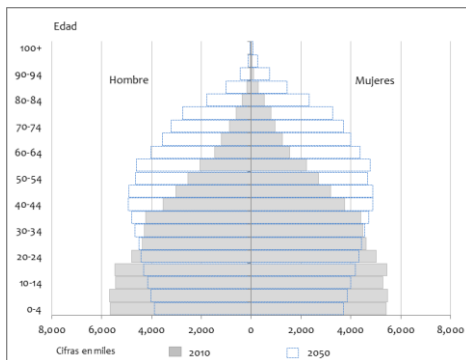
¹⁴ Cálculos con base en la población por edad desplegada de los censos de 1990, 2000 y 2010.



De acuerdo con proyecciones de las Naciones Unidas para México durante el periodo 2010-2050, se estima que la población total crecerá en el periodo alrededor de 30 millones, en 2050 habrá casi 71 millones de hombres y poco más de 73 millones de mujeres, sumando un total de 143 millones 924 mil mexicanos. La población de 0-4 años durante el periodo se reducirá de un 9.8% en 2010 a 5.3% en 2050, los de 5-14 pasarán de 19.3% a 11.1%, la población de 15 a 64 años se incrementará de 64.6% en 2010, a 67.2% en 2030 y comenzará a descender para situarse en 63.6% en 2050, finalmente la población de 65 y más años aumentará sostenidamente, al inicio del periodo será de 6.3% y al final ascenderá a 19.9%. Ante este escenario es claro que el envejecimiento de la población es inminente e irreversible y se tendrá que tomar las previsiones necesarias para satisfacer las necesidades de una población envejecida. A continuación se enumeran algunos rasgos de la dinámica demográfica que se anticipan para los años venideros:

Pirámides de población, proyecciones, 2010 y 2050

Gráfica 5



- La tasa de natalidad disminuirá de 18.5 a 10.7 nacimientos por cada mil personas.
- La tasa de mortalidad aumentará de 4.8 a 8.6 muertes por cada mil personas.
- La tasa de mortalidad infantil disminuirá de 14.1 a 6.3 muertes infantiles por cada 1 000 nacidos vivos.

- La tasa global de fecundidad se reducirá de 2.23 a 1.7 hijos por mujer, alcanzando niveles inferiores a la tasa de fecundidad de remplazo, a partir de lo cual, podría esperarse –al menos teóricamente- el inicio del crecimiento negativo de la población.
- La esperanza de vida al nacer en el año 2050, será de 79.5 años para los hombres y de 84.2 años para las mujeres.

Fuente: Datos de las proyecciones de población de las Naciones Unidas.

DISTRIBUCIÓN Y MOVILIDAD DE LA POBLACIÓN

En el año 2010, el 49% de la población de México se distribuía en tan solo siete de las 32 entidades federativas –México, Distrito Federal, Veracruz, Jalisco, Puebla, Guanajuato y Chiapas-; las entidades con menor población son Baja California Sur, Colima y Campeche –cada una aporta menos del uno por ciento a la población total del país. El 51% se distribuye entre las otras 25 entidades federativas.

La distribución de la población en el territorio nacional obedece en gran medida a los desplazamientos internos, los cuales se hacen cada vez más complejos, frecuentes y extensos, y están relacionados principalmente con el desarrollo económico, con la concentración de la población en las áreas urbanas y recientemente con factores asociados a la inseguridad y la violencia (Sobrino, 2010:157).

En este sentido, la tendencia hacia la urbanización en el país se sostiene aunque a un ritmo menor. Actualmente poco menos de la cuarta parte de la población (23.2%) reside en localidades rurales (menores a 2 500 habitantes), 14.3% habita en localidades mixtas (mayores a 2,500 habitantes pero inferiores a 15 mil). Entre las localidades consideradas urbanas, una proporción parecida reside en localidades entre los 15 mil y 100 mil habitantes, mientras que poco menos de la mitad de la población se localiza en ciudades de 100 mil y más habitantes. En particular, las ciudades mayores a un millón de habitantes (11 de poco más de 192 mil localidades) acogen a poco más de 13% de la población total.

La elevada concentración poblacional en centros urbanos genera presiones sobre la capacidad de estas localidades para ofrecer oportunidades de empleo, vivienda y acceso a infraestructura social, lo cual ha llevado al replanteamiento del desarrollo urbano y rural, así como al de las ciudades medias.

El otro extremo de esta situación es la severa dispersión poblacional que caracteriza a localidades muy pequeñas. De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda de 2010, 90% de las localidades del país corresponden a áreas con menos de 500 habitantes. En conjunto, albergan a menos de 10% de la población total. Es decir, el resto de la población se concentra en sólo 10% de las localidades del país. El costo de la inversión social en localidades de tamaño tan reducido es sumamente alto, lo cual genera escenarios de aislamiento y exclusión de las oportunidades de desarrollo y acceso a infraestructura social que genera (Anzaldo y Rivera, 2006).

Respecto a la migración interna –misma que en México se observa en los Censos de Población y Vivienda a partir del cambio registrado entre el lugar de residencia cinco años atrás y del lugar de residencia actual-, del análisis de los censos de población y vivienda de 1990, 2000 y 2010, destaca que, desde la perspectiva *del lugar de destino*, sólo tres entidades han constituido el principal punto de llegada de la mitad de los emigrantes de las entidades restantes: estado de México, Jalisco y Baja California. La primera ha sido el principal destino de los emigrantes provenientes del Distrito Federal, la segunda de los de Colima y la tercera de los emigrantes de Sinaloa y Sonora.

Desde la perspectiva *del lugar de origen*, se observa que el Distrito Federal durante en periodo 1985-1990, fue la entidad que aportó más emigrantes a las entidades restantes, sin embargo, esta situación cambió de manera radical en periodos posteriores, puesto que la aportación del Distrito Federal pasó a ser relevante únicamente en nueve de las entidades.

MIGRACIÓN INTERNA EN MÉXICO

Con base en el análisis de concentración del índice de Gini, resulta interesante la versatilidad de Tamaulipas, en 1990 se caracterizaba por ser una entidad expulsora y atractora hacia y desde otras entidades. En el año 2000, se identificó como un destino predilecto de otras entidades y se convirtió en estado receptor de emigrantes; recientemente, en 2010, expulsó más población de la que pudo atraer –posiblemente por la escalada de violencia que se presentó en la entidad (López y Velarde, 2011:123:134).

En cuanto a la migración internacional, a nivel mundial el número de migrantes internacionales en 2010 se calcula en 214 millones, en comparación con 195 millones en 2005. La participación de las mujeres en este fenómeno es creciente, alcanzando ahora el 49%. Seis de cada diez migrantes internacionales (128 millones) residen actualmente en países desarrollados y la mayoría (74 millones) proceden de países en desarrollo (Naciones Unidas, 2010: 3).

En lo que respecta a la participación de México en este fenómeno, el país se ha consolidado como una nación de *expulsión neta de población*, predominantemente hacia EUA como producto de la carencia de oportunidades laborales en el país y las posibilidades -reales o ficticias- de empleo en dicha nación, así como por la creciente importancia de las redes sociales y familiares que contribuyen a que los migrantes respondan con cierta rapidez a información y oportunidades que se originan en aquel país (Tuirán, 2002).

Este fenómeno migratorio ha propiciado que las autoridades de EUA hayan aprobado desde 1986 disposiciones legales como la Ley de Reforma y Control de la Inmigración (IRCA) con la finalidad de reducir los flujos migratorios. Esta ley contenía diversas disposiciones tanto restrictivas como reguladoras, “alentando a millones de mexicanos que se encontraban en una

situación irregular a permanecer en la Unión Americana e iniciar un proceso de regularización para obtener la residencia permanente o temporal (Tuirán y Ávila, 2010: 115)”.

Si bien la IRCA contribuyó a regularizar la situación migratoria de cientos de miles de migrantes mexicanos, la vigilancia estricta de la frontera¹⁵ no pudo frenar los flujos migratorios; la población indocumentada se incrementó de entre 2.3 y 2.4 millones de mexicanos en 1976 a 4.7 millones en 2000, 6.6 millones en 2006 y 6.7 millones en 2009. El número de residentes mexicanos en Estados Unidos pasó de 2.2 millones en 1980 a 3.3 millones en 1986, y de 7.1 millones en 1996 a 9.2 millones en 2000.

Más recientemente, de acuerdo con información de la organización *Pew Hispanic Center*, el 51% de los actuales migrantes mexicanos que viven en EUA son indocumentados y el 58% de todos los migrantes son de nacionalidad mexicana. Esto da cuenta de la gran dimensión del fenómeno de la migración hacia los EUA, tanto de mexicanos como de migrantes de otras nacionalidades. La población de mexicanos en dicho país creció 23% entre 2000 y 2005 (de 9.4 a 12.6 millones). En 2007 se contabilizó su mayor cifra (12.6 millones) y para 2011 se redujo en 600 mil. Esta disminución contrasta con el patrón histórico de la migración mexicana hacia los EU, misma que se especula sea consecuencia de la crisis económica que vivieron en los últimos años, así como del incremento de agentes de la patrulla fronteriza, costos más altos para cruzar y la violencia que se vive en la frontera.

Con base en estimaciones de la Agencia del Censo de EUA, la migración no autorizada de mexicanos hacia los EUA se redujo al pasar de cerca de siete millones en 2007 a poco más de 6.1 millones en 2011. Los flujos de migrantes mexicanos entre 1995 y 2000 fueron cercanos a los tres millones; para el periodo 2005-2010 los flujos se redujeron poco más de la mitad, alcanzando 1.4 millones de mexicanos. Adicionalmente, los flujos hacia México tuvieron un comportamiento a la inversa: 670 mil entre 1995-2000 y 1.4 millones en 2005-2010 (Passel et. al., 2012: 7). Por otro lado, de los 1.4 millones de mexicanos que regresaron a México provenientes de los EUA entre 2005 y 2010, se estima que entre 65 y 95% regresaron de forma voluntaria, mientras que entre 5 y 35% fueron regresados por las autoridades de EU. “Este rango es tan amplio porque ni las autoridades de México ni de EU saben cuándo los intentos de reingreso se han terminado; las cifras sobre qué pasa con los que se regresan son muy superficiales”. (Passel et. al., 2012: 22)

La intención de los migrantes deportados por volver a los EUA ha disminuido en fechas recientes: en 2010, seis de cada diez tratarían de reingresar en los siguientes siete días,

¹⁵ Lo que se tradujo en la multiplicación de los efectivos de la Patrulla Fronteriza, en un aumento considerable de los vehículos, aeroplanos y helicópteros, y en la modernización del equipo para detectar cruces subrepticios (telescopios de rayos infrarrojos, sensores electrónicos y de tierra y sistemas de video de control remoto, entre otros), incluyendo la edificación de muros y bardas sobre la línea divisoria internacional. Estas tendencias se acentuaron significativamente a partir del 11 de septiembre de 2001, después de los ataques terroristas. (Tuirán y Ávila, 2010: 120)

mientras que entre 2005 y 2008 el 81% buscaría internarlo de nuevo. Quienes preferían no regresar jamás representaban el 7% en 2005, mientras que en 2010 la cifra fue de 20%.

4. EL CONTEXTO POLÍTICO

CAMBIO POLÍTICO Y TRANSICIÓN DEMOCRÁTICA

El año 2000 marcó el fin de 70 años de poder hegemónico por parte del Partido Revolucionario Institucional (PRI) y el inicio de la alternancia democrática. En dicho año el Partido Acción Nacional (PAN) ganó la presidencia de la República, aunque el PRI gobernaría en 20 de las 32 entidades federativas. Desde entonces, y siguiendo a Elizondo, “los gobiernos divididos han hecho difícil para el Ejecutivo asumir los costos a corto plazo de realizar ciertas reformas legales para después disfrutar de los beneficios a mediano y largo plazo” (Elizondo, 2010:182-183).

El Partido de la Revolución Democrática (PRD), por su parte, ha manifestado en diversas ocasiones su rechazo a los proyectos propuestos por el partido oficial, aversión que se agudizó aún más después de la elección de 2006, cuyo resultado no fue reconocido por el candidato de dicho partido, Andrés Manuel López Obrador. El cerrado margen de votos que definió la elección presidencial de julio de 2006,¹⁶ intensificó las exigencias de revisión y adecuación del marco legal del IFE. Entre septiembre y diciembre de 2007 el Congreso aprobó un paquete con importantes reformas constitucionales y legales en materia electoral relacionadas con el régimen electoral en su conjunto. De acuerdo con Prud'homme, la reforma electoral de 2007-2008 fue una respuesta al clima de desconfianza creado en torno a la elección presidencial de 2006 y logró incorporar viejas demandas que contribuyen a incrementar la equidad, la transparencia y la rendición de cuentas en los comicios (2010: 133).

Ante este proceso democrático, aún en consolidación, y con el retorno del Partido Revolucionario Institucional (PRI), al poder ejecutivo que encabezará Enrique Peña Nieto a partir del próximo 1° de diciembre, le corresponderá la compleja tarea de negociar con una legislatura (la LXII) en la que no obtuvo mayoría absoluta en ninguna de las cámaras (Senadores y Diputados), con lo cual se anticipa la presencia de contrapesos para la toma de decisiones crítica, como la diversidad de reformas estructurales que deben ser planteadas.

Por otro lado, la diversidad de partidos representados en los gobernadores de las entidades –al menos los que acompañarán el inicio del gobierno de Enrique Peña Nieto, también será un elemento importante para el proceso de consolidación de la democracia en el país. 21 entidades serán gobernadas por el PRI, seis por el PAN y cinco por la Coalición Movimiento Progresista (PRD, PT y MC). Lo anterior anticipa que el ejecutivo tendrá el respaldo de los gobernadores del PRI pero también tendrá que condescender en algunos aspectos para lograr la unidad,

¹⁶ De acuerdo con el Instituto Federal Electoral, la diferencia en los porcentajes de votos obtenidos por los candidatos del PAN y el PRD en aquellas elecciones fue menor a un punto porcentual.

mientras que, a la vez, deberá buscar el fortalecimiento de la relación con los 11 gobernadores que representan a la oposición. Cabe destacar que entre 2013 y 2016 habrá 20 elecciones para gobernadores¹⁷ y el ejecutivo dependerá de los resultados de dichas elecciones para poder continuar con el proyecto de gobierno que encabeza el PRI.

APLICACIÓN DE DERECHOS Y SU IMPACTO EN LOS DIFERENTES TIPOS DE DESIGUALDAD

Con el propósito de minimizar y atender la desigualdad social prevaleciente en el país desde épocas pasadas, el Estado mexicano ratificó en 1981 la Convención Americana sobre Derechos Humanos. En 1992 publicó en el Diario Oficial de la Federación (DOF) la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (LCNDH) y le otorgó competencia en todo su territorio con el objeto esencial de proteger, promocionar, estudiar y divulgar los derechos humanos que ampara el orden jurídico mexicano. Adicionalmente, el 16 de diciembre de 1998 reconoció la competencia contenciosa de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH).

Si bien aún resta mucho trabajo por delante, en el transcurso de la última década se han realizado acciones en diferentes materias con el objetivo de minimizar las violaciones a los derechos humanos. Entre ellas están las enfocadas en la libertad de expresión y acceso a la información, los derechos político electorales, la seguridad ciudadana, el acceso a la justicia, el combate a la trata de personas y de los derechos de los mexicanos a la salud, vivienda, alimentación, educación, trabajo y seguridad social. También se han realizado acciones en beneficio de los derechos de la niñez, vejez, de los pueblos indígenas, migrantes, personas con discapacidad, adultos mayores, personas que viven con VIH/SIDA y combate a la violencia de género. Algunos ejemplos de esfuerzos en los ámbitos señalados se presentan a continuación.

En 2003, a fin de reforzar la actuación de las autoridades en el combate a la tortura, México inició un proceso de contextualización del Protocolo de Estambul que consiste en la adecuación de principios médicos de documentación e investigaciones eficaces, tanto en la etapa de indagación como en la de juzgamiento. El acuerdo celebrado en dicho año por la Procuraduría General de la República establece las directrices institucionales que deberán seguir los agentes de Ministerios Públicos Federales y peritos médicos o forenses para el dictamen médico y psicológico de casos en los que se sospeche tortura o maltrato (SRE, 2011:191).

El *Programa Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres (PROIGUALDAD)* se crea en 2008, con el fin de garantizar los derechos humanos de las mujeres, así como el *Programa Igualdad de condiciones laborales*, el cual tiene como objetivo promover y fortalecer medidas para prevenir, atender y sancionar el hostigamiento sexual laboral.

¹⁷ Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Chihuahua, Colima, Durango, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Nuevo León, Oaxaca, Querétaro, Sinaloa, Sonora, San Luis Potosí, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz y Zacatecas (www.conago.org.mx).

En 2010, la Secretaría de Gobernación (SEGOB) presentó el *Convenio de Colaboración para la Implementación de Acciones de Prevención y Protección de Periodistas*. Ante los sucesos de secuestros y asesinatos de migrantes ocurridos en el territorio nacional, el 31 de agosto de 2010 se dio a conocer la *Estrategia Integral para la Prevención y el Combate al Secuestro de Migrantes*.

En 2011 se aprobó el *Programa Nacional para Prevenir y Sancionar la Trata de Personas* con el fin de prevenir el delito y transformar los patrones de tolerancia hacia la explotación sexual y laboral, vinculadas con este delito. En esta materia se lanzaron campañas de información y sensibilización así como la “Campaña Corazón Azul contra la Trata de Personas” de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD). Asimismo, la SEGOB y la ONUDD suscribieron una carta de intención para el desarrollo de una Estrategia Nacional de Fortalecimiento en Seguridad y Justicia para Medios de Comunicación. En materia de prevención del delito se elaboró el programa “Limpiemos México” a través de tres estrategias: *Escuela Segura, Recuperación de Espacios Públicos y Salud sólo sin Drogas*.

En este mismo año se reformó el Capítulo I del Título primero de la Constitución y 11 artículos más, incorporando cambios que apuntan hacia el fortalecimiento de la cultura de la promoción, respeto y protección de los derechos humanos en México, a través de la armonización de la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos con los estándares internacionales.

A pesar de lo anterior, las brechas existentes entre el respeto y desacato de los mandatos jurídicos a favor de los Derechos Humanos aún son amplias. Entre 2007 y 2011 la CNDH ha dirigido al gobierno 396 recomendaciones en materia de derechos humanos, de los cuales los más vulnerados han sido los que están relacionados con la integridad y seguridad personal, el trato digno, la libertad, la legalidad, la seguridad jurídica y la retención injustificada. Por otro lado, Human Rights Watch (HRW), en su informe mundial de 2012 menciona que “El gobierno del Presidente Felipe Calderón ha adoptado medidas para combatir la delincuencia organizada que han provocado un fuerte incremento del número de asesinatos, torturas y otros abusos por parte de miembros de las fuerzas de seguridad, y que sólo contribuyen a agravar el clima de caos y temor que predomina en muchas regiones del país. Periodistas, defensores de derechos humanos y migrantes son atacados deliberadamente por organizaciones delictivas y miembros de las fuerzas de seguridad. Sin embargo, México no ha ofrecido protección a estos grupos vulnerables ni ha investigado adecuadamente los delitos de los cuales han sido víctimas” (HRW, 2012:57).

Bajo este contexto es evidente que los intentos recientes por incorporar una perspectiva de derechos humanos en algunas políticas públicas, motivados por observadores internacionales y víctimas cuyos derechos han sido vulnerados, son aún limitados y coexisten con un escenario de profunda impunidad.¹⁸ El sistema de justicia penal ordinario no ofrece justicia a las víctimas

¹⁸ La Procuraduría General de Justicia Militar inició 3 671 investigaciones sobre violaciones a los derechos humanos cometidas por miembros del Ejército contra civiles entre 2007 y junio de 2011 y solamente 15 soldados fueron condenados durante ese periodo.

de crímenes violentos y violaciones de derechos humanos; la tortura continúa representando un problema grave y, en general, estos hechos se producen en el periodo entre que las víctimas son detenidas arbitrariamente hasta que son puestas a disposición de agentes del Ministerio Público. Durante ese lapso, es habitual que las víctimas permanezcan incomunicadas. Las tácticas más comunes incluyen golpizas, asfixia con bolsas de plástico, asfixia por ahogamiento, descargas eléctricas y amenazas de muerte (HRW, 2012:58).

La evidencia dispuesta en la materia por diversos especialistas indica que, en términos de la adopción de un enfoque de derechos que redunde en una apropiación de los mismos y en el irrestricto respeto a éstos por parte del Estado, lo que existe es una simulación.

AVANCES EN EL CUMPLIMIENTO DE ACUERDOS Y METAS INTERNACIONALES

En agosto de 1974 se llevó a cabo, en Bucarest, la Primera Conferencia Mundial de Población, en la que se consideraron las tendencias demográficas, sus relaciones con el desarrollo económico y social y sus implicaciones en el desarrollo mundial y de las naciones. En septiembre de 1994 se realizó la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) en el Cairo, donde se aprobó el Programa de Acción que recogía una amplia y variada agenda de temas prioritarios con metas concretas a realizarse en los siguientes 20 años, entre ellas: reducir la mortalidad de lactantes, niños y madres; proporcionar acceso universal a la educación, particularmente a las niñas; y proporcionar acceso universal a una gama completa de servicios de salud reproductiva, incluidos los de planificación de la familia.

El gobierno de México ha ratificado los acuerdos de estas conferencias y se ha sumado al cumplimiento de sus metas y objetivos. A la fecha se han elaborado tres informes con periodicidad quinquenal (CIPD+5, CIPD+10 y CIPD+15) donde se abordan los temas del programa de acción mundial de la población (CONAPO, 2009:3-5). El informe CIPD+15 se encuentra actualmente en un periodo de revisión de avances.

La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW), fue adoptada bajo la resolución 34/180 de las Naciones Unidas, el 18 de diciembre de 1979. Al respecto México ha realizado ocho informes sobre el cumplimiento de los temas prioritarios de la Convención, en enero de 2012, se dio respuesta a las preguntas del Comité de Expertas de la CEDAW relativas al 7° y 8° Informe consolidado del país.

Al respecto, del cumplimiento de las 62 metas establecidas en los ODM, el país había cumplido 11 metas al finalizar el año 2010. En el cuadro 2 se mencionan puntualmente cuáles ya fueron cumplidas y los objetivos a las que están asociadas.

METAS CUMPLIDAS		
OBJETIVO	META	INDICADOR
1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre	1.C. Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre	1.8. Proporción de niños menores de 5 años con insuficiencia ponderal
2. Lograr la enseñanza primaria universal	2.A. Asegurar que, para el año 2015 los niños y las niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria	2.1. Tasa neta de matriculación en la enseñanza primaria (6 a 11 años de edad)
3. Promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer	3.A. Eliminar las desigualdades entre los sexos en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza para el año 2015	3.1. B. Razón entre niñas y niños en la enseñanza secundaria.
		3.1.C. Razón entre hombres y mujeres en la enseñanza media superior
		3.1.D. Razón entre mujeres y hombres en la enseñanza superior
6. Combatir el VIH/SIDA, el Paludismo y otras enfermedades	6.C. Haber detenido y comenzado a reducir, para el 2015, la incidencia del Paludismo y otras enfermedades graves	6.6. Tasa de incidencia asociada al Paludismo (Por 100 mil habitantes)
		6.9.A. Tasa de incidencia asociada a la Tuberculosis (Todas las formas) por 100 mil habitantes
		6.9.B. Tasa de mortalidad por Tuberculosis (Todas las formas), defunciones por cada 100 mil habitantes
7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente	7.C. Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas sin acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento	7.8. Proporción de la población con acceso sostenido a fuentes mejoradas de abastecimientos de agua, en zonas urbanas y rurales
		7.9. Proporción de la población con acceso a servicios de saneamiento mejorados, en zonas urbanas y rurales
Metas Más allá del Milenio	1.E. Reducir a la mitad la proporción de personas por debajo del nivel mínimo de consumo de proteínas entre	MMM 1.4. Proporción de la población por debajo del nivel mínimo de proteínas

	1990 y 2015	
--	-------------	--

Fuente: Elaboración propia con datos de *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México: Informe de Avances 2010*. Presidencia de la República, 2011:33-36.

Por otro lado, a pesar del esfuerzo realizado por México en un contexto internacional adverso que afecta el desempeño del país, existen 19 metas que resultan tener una probabilidad muy alta de no ser alcanzadas, por lo que su cumplimiento en los plazos comprometidos está en riesgo.

En el cuadro inferior se presentan las metas correspondientes a los ODM y las Metas más allá del Milenio (MMM) que están en riesgo de no ser cumplidas, ya que si bien se han tenido avances, éstos no se presentan al ritmo esperado. Las 32 metas restantes presentan información que indica que están mejorando y que existe la posibilidad de cumplir con las metas en el periodo definido.¹⁹

METAS EN RIESGO DE CUMPLIMIENTO		
OBJETIVO	META	INDICADOR
1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre	1.B. Lograr empleo pleno y productivo, y trabajo decente para todos, incluyendo mujeres jóvenes	1.4. Tasa de crecimiento del PIB por persona ocupada
		1.5. Relación entre ocupación y población en edad de trabajar
3. Promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer	3.A. Eliminar las desigualdades entre los sexos en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza para el año 2015	3.3.A. Proporción de escaños ocupados por mujeres en la Cámara de Diputados
		3.3.B. Proporción de escaños ocupados por mujeres en la Cámara de Senadores
5. Mejorar la salud materna	5.A. Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes	5.1. Razón de mortalidad materna (Defunciones por cada 100 mil nacidos vivos estimados)
		5.2. Proporción de partos con asistencia de personal sanitario capacitado
	5.B. Lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva	5.3. Prevalencia de uso de anticonceptivos en mujeres unidas en edad fértil
		5.4. Tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19

¹⁹ Para mayor información ver “Nota 5.C.” del Informe de Avances 2010 de los ODM en México, página 36.

		años (por cada mil mujeres de 15 a 19 años)
		5.5. Promedio de consultas prenatales por embarazada atendida en las instituciones del Sistema Nacional de Salud
		5.6. Necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos
6. Combatir el VIH/SIDA, el Paludismo y otras enfermedades	6.A. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA	6.1 Prevalencia del VIH/SIDA en población adulta (15 a 49 años)
		6.2. Proporción de la población que usó preservativos en la última relación sexual en hombres que tienen sexo con hombres
7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente	7.A. Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir en la pérdida de recursos del medio ambiente	7.1. Proporción de la superficie cubierta por bosques y selvas
		7.2.A. Emisiones de dióxido de carbono per cápita (Toneladas de CO ₂ por habitante)
		7.2.B. Emisiones de dióxido de carbono total (Millones de toneladas de CO ₂)
		7.5. Proporción del total de recursos hídricos utilizada
Meta más allá del Milenio	MMM 1.D. Reducir a la mitad la proporción de personas en pobreza alimentaria entre 1990 y 2015	MMM 1.2. Proporción de la población que habita en hogares en pobreza alimentaria en el ámbito urbano
		MMM 1.3. Proporción de la población que habita en hogares en pobreza alimentaria en el ámbito rural
	MMM 2.C. Asegurar, que para el año 2015, todos los jóvenes de 12 años de edad ingresen a la enseñanza secundaria, que la cohorte 12-14 años reciba la enseñanza secundaria y que el 90% de ésta concluya en el tiempo normativo (tres años)	MMM 2.3. Tasa neta de nuevo ingreso a secundaria (12 años de edad)

Fuente: Elaboración propia con datos de *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México: Informe de Avances 2010*. Presidencia de la República, 2011:33-36.

En los capítulos posteriores que conforman este reporte se abundará sobre la situación de algunas dimensiones que, de diversas formas, están plasmadas en los ODM. Los temas descritos en los acápites correspondientes ofrecerán mayores elementos para identificar qué factores han propiciado o impedido que algunas metas se alcancen.

De la información provista en este capítulo es posible concluir que México presenta un escenario complejo. Como el resto del mundo, se ha visto sujeto a los vaivenes de la economía internacional que, en una coyuntura poco afortunada, se han sumado a crisis internas, particularmente de tipo sanitario (como la influenza humana y la reciente gripe aviar) y de seguridad. En conjunto, estos eventos impactan negativamente el volumen y el poder adquisitivo de los ingresos de la población, encarecen los alimentos, y desgastan el tejido social.

Al mismo tiempo, el país cuenta con un monto importante de población que requiere de oportunidades laborales dignas, dimensión que tampoco se ha fortalecido y que, antes bien, tiende a la precarización, particularmente visible en la inserción laboral de mujeres y jóvenes.

En este contexto, resulta claro que el ejercicio cabal de los derechos se complica, en particular cuando, a pesar de que existe interés manifiesto por adoptar un enfoque de derechos, no existen procesos de apropiación ni instancias para la exigibilidad de los mismos y las instituciones que se caracterizan por violarlos sistemáticamente son aparentemente inmunes.

CAPÍTULO 2: POLÍTICA DE POBLACIÓN EN MÉXICO: INSTITUCIONALIDAD Y APLICACIÓN

1. INTRODUCCIÓN

El diseño de la política de población, los programas que la concretan, así como las estrategias y las líneas de acción que la operan, reflejan una manera particular de comprender, en una sociedad y época específicas, la relación entre la población y el desarrollo.

El entendimiento de esta relación es sin duda complejo, toda vez que se trata de una interacción de mutua determinación en la que intervienen múltiples variables y en la que, además, los vínculos entre unas y otras pueden cambiar cualitativamente con el tiempo en función de, entre otros elementos, la evolución de cada fenómeno demográfico, el desempeño de un amplio conjunto de indicadores sociales, las prioridades nacionales o los recursos disponibles.

En este capítulo se abordan algunos aspectos relevantes de la evolución de la política de población en México, así como del proceso de institucionalidad de la misma a través de la generación de diversos instrumentos jurídicos y programáticos que la regulan y concretan, de la creación de instancias encargadas de su coordinación, y del diseño y operación de mecanismos que buscan la institucionalización de la cultura demográfica entre la sociedad.

Si bien se trata de una revisión breve de dichos aspectos, es posible identificar situaciones susceptibles de mejora, para las cuales se elaboran algunas recomendaciones.

2. LOS MARCOS NORMATIVOS E INSTRUMENTOS PROGRAMÁTICOS DE LA POLÍTICA DE POBLACIÓN

México ha desarrollado tres instrumentos jurídicos que, en momentos distintos y atendiendo a diferentes prioridades, han regulado las acciones en materia de población. La primera Ley General de Población (LGP), promulgada en 1936, enfatizaba la necesidad de acelerar el crecimiento de la población, toda vez que asociaba el volumen de ésta con el desarrollo económico y social, ambos importantes para construir la estabilidad que el país requería después del periodo revolucionario. El cumplimiento de esta ley recayó, desde entonces y hasta la fecha, en la Secretaría de Gobernación (Valdés, 2000).

La LGP de 1936 establecía tres mecanismos fundamentales para elevar el volumen de la población y acelerar el ritmo de su crecimiento: el incremento de la natalidad, el estímulo a la inmigración y el incentivo a la repatriación de mexicanos en el extranjero. Simultáneamente, en ese periodo se sentaron precedentes importantes en la atención de la salud materna e infantil, logrando reducir la mortalidad de los menores de manera significativa. Esta ley también relevaba la importancia de favorecer el desarrollo de los pueblos originarios alentando, incluso, la “fusión étnica de los grupos nacionales entre sí” (Valdés, 2000).

La segunda LGP se expidió en 1947, en un periodo que se reconoce por la generación de intensos procesos de industrialización que pretendían detonar el desarrollo económico. En esta ecuación, sostener el crecimiento de la población se concebía como una variable determinante para el crecimiento de la productividad.

El instrumento jurídico de 1947 mantuvo la orientación pronatalista de la ley que le antecedió, favoreciendo la celebración de matrimonios y proponiendo estímulos para las familias numerosas. También consideraba a la inmigración como estrategia para el poblamiento del territorio, mas relegó la importancia que la Ley de 1936 daba a la repatriación. La inmigración que se promovía, además, era de tipo colectivo y selectivo, enfatizando la intención de “mejorar la especie”, en franca oposición al valor que la Ley derogada otorgaba al desarrollo de los pueblos indígenas (Valdés, 2000).

La orientación poblacionista de ambas leyes acompañó el crecimiento de la población durante la primera mitad del siglo XX. En 1930 la población ascendía a 16 millones de personas y crecía anualmente, en promedio, 1.3%. Entre 1940 y 1950 el crecimiento medio anual ascendió a 2.7% y la población ya contaba 25.8 millones de personas.

Durante esta época de plena transición demográfica, derivada de la conjunción del estrepitoso descenso de la mortalidad con el incremento acelerado de la natalidad,²⁰ la calidad de vida de la población mejoró de manera notable y, como se esperaba, se detonaron procesos intensos de desarrollo económico y social. Esta dinámica favorecía la lógica que asocia de manera directa y positiva el tamaño de la población con el crecimiento económico y el bienestar.

Así, en el periodo comprendido entre 1960 y 1970 la población crecía a un tasa de 3.5% y, para la primera mitad de la década de los setenta, el volumen demográfico en México se aproximaba a los 60 millones de habitantes.

Como consecuencia natural de dicho proceso transicional, la población experimentó, además del aumento de su volumen, el crecimiento inédito de los grupos de población más jóvenes, cuya dependencia económica y posterior incorporación al mercado de trabajo comenzaron a ejercer una presión importante sobre el sistema productivo y económico, así como sobre la infraestructura de servicios sociales. El mercado de trabajo no fue capaz de crecer al mismo ritmo que la mano de obra, la cual se acumulaba tanto por el crecimiento natural de la población como por su concentración en centros urbanos. Así, el desempleo y subempleo se convirtieron poco a poco en situaciones recurrentes que terminaron por precarizar las condiciones de vida de los sectores más vulnerables de la población (Leal, 1975).

²⁰ A inicios de los años setenta, el país mostraba la tasa de mortalidad más baja de la región latinoamericana -con cerca de 500 mil defunciones anuales- y la séptima tasa más alta de natalidad -con 2.5 millones de nacimientos por año. La esperanza de vida ascendía a 64 años. Esta coyuntura generó las elevadas tasas de crecimiento referidas (Villagómez, 2009).

Este escenario, afectado por procesos de marginación, pobreza y exclusión social, obligó a una nueva reflexión sobre la naturaleza de los vínculos entre la población y el desarrollo, llegando a la conclusión de que la orientación pronatalista de los instrumentos jurídicos debía actualizarse a fin de detener, y aun revertir, los factores que favorecían el crecimiento acelerado de la población.

Así, el 7 de enero de 1974 entró en vigor la nueva Ley General de Población, la cual orienta las acciones en materia de planeación demográfica hasta nuestros días. La LGP de 1974 reconoce la exigencia de “regular racionalmente y estabilizar el crecimiento de la población”. El objetivo explícito de esta Ley, acorde a las necesidades de su tiempo, se concentra en “regular los fenómenos que afectan a la población en cuanto a su volumen, estructura, dinámica y distribución en el territorio nacional, con el fin de lograr que participe justa y equitativamente de los beneficios del desarrollo económico y social” (DOF, 1974).

La LGP vigente refleja la comprensión integral que para entonces se había alcanzado en torno a la relación multifactorial y sinérgica entre la dinámica demográfica y los procesos de desarrollo, planteando explícitamente “la adecuación de los programas de desarrollo económico y social a las necesidades que planteen el volumen, estructura, dinámica y distribución de la población”. Para ello, la LGP de 1974 también reconoce la exigencia de diseñar e instrumentar acciones específicas que involucran la participación de diversos sectores que deberán actuar de manera coordinada, bajo esquemas de colaboración interinstitucional.

Con este propósito, la Ley señala en su artículo 5° la creación del Consejo Nacional de Población (CONAPO), órgano de naturaleza multisectorial, encargado de la conducción de la planeación demográfica del país, lo cual implica la intervención coordinada de diversas instancias que apliquen y ejecuten los procedimientos necesarios para concretar los fines de la política de población.

De tal manera, el CONAPO se configura como un órgano colegiado, presidido por la Secretaría de Gobernación, cuyos miembros son las Secretarías de Hacienda y Crédito Público; Desarrollo Social; Medio Ambiente y Recursos Naturales; Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación; Educación Pública; Salud; Trabajo y Previsión Social; Reforma Agraria; Institutos Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Desde abril de 2009, mediante reforma al artículo 6° de la LGP, se incorporan al Consejo la Secretaría de Economía, el Instituto Nacional de las Mujeres, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía y la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.

El Consejo cuenta también con diversas estructuras que, además de las instancias enumeradas, consideran la participación –en calidad de individuos- de miembros de organizaciones no gubernamentales y de investigadores especializados. Es el caso del Consejo Consultivo Ciudadano, creado en 2002 por acuerdo de la Secretaría de Gobernación.

El Consejo cuenta con una Secretaría General (SG) cuyas funciones, según el artículo 37 del Reglamento de la LGP son, fundamentalmente de carácter técnico y coordinación interinstitucional. Así, la Secretaría General produce información estadística y estudios sobre los fenómenos demográficos, que comparte con el resto de las instituciones que conforman el Consejo y se encarga de concentrar, integrar y sistematizar los programas e informes elaborados en torno a las acciones que en materia de población y desarrollo se lleven a cabo, bajo el marco de los Programas Nacionales de Población (PNP) de cada administración.

Respecto a éstos,²¹ desde su creación los PNP reflejan una relación directa y estrecha con los planes nacionales de desarrollo, instrumentos rectores de la intervención pública. Los PNP comprenden objetivos, estrategias y líneas de acción que plasman de manera clara la subordinación de la política de población a la política de desarrollo, concibiendo a éste como el fin ulterior de toda acción pública.

En un análisis detallado de los contenidos de los documentos que han orientado la política de población en el país²², Mojarro (2009) identifica los temas que han permanecido entre las prioridades de la agenda de población en el país, entre ellos la necesidad de continuar regulando el crecimiento de la población, vigilando su distribución a lo largo del territorio nacional, de acuerdo con las pautas de desarrollo regional.

En cambio, de manera gradual y como resonancia directa de discusiones nacionales e internacionales sostenidas en diversos espacios de análisis coyuntural sobre población y desarrollo,²³ aspectos como los derechos sexuales y reproductivos, el cambio en la estructura por edades, la superación de rezagos demográficos asociados a la pobreza y –de especial relevancia para este capítulo- la adaptación estratégica de las instituciones a los nuevos escenarios demográficos, han adquirido gran relevancia en el diseño de acciones específicas para la planeación en población (Mojarro, 2009).

En buena medida, la evolución de estos temas, desde su aparición como ámbito de discusión hasta su incorporación en la agenda pública de población, ha modificado incluso la composición del propio CONAPO. Como se refirió párrafos arriba, el número y la naturaleza de las instancias que conforman el Consejo ha cambiado, precisamente, en función de la necesidad de incorporar nuevos actores al desarrollo de la planeación demográfica conforme ésta avanza y se vislumbran nuevos retos y oportunidades.

²¹ Si bien el primer documento de carácter programático que plasmaba las estrategias y acciones específicas en materia de planeación en población fue el documento *Política Demográfica Nacional y Regional. Objetivos y metas, 1978-1982*, el primer PNP se elabora, como tal, en el sexenio de Miguel de la Madrid Hurtado, para el periodo 1984-1988.

²² El documento “Política Demográfica Nacional y Regional 1978-1982 y cinco Programas Nacionales de Población (1984-1988, 1989-1994, 1995-2000, 2000-2006 y 2008-2012).

²³ Como la Conferencia Mundial de Población de 1974, la Conferencia Internacional en Población y Desarrollo de 1994, o la Conferencia Mundial de la Mujer, 1995, entre otros.

De manera interesante, la labor de la SG de CONAPO en términos de la elaboración de diagnósticos e insumos específicos, y la coordinación de la interlocución entre diferentes sectores del desarrollo económico y social, incorporando elementos de la discusión internacional, le ha permitido identificar necesidades específicas de grupos particulares o escenarios poblacionales que, en prospectiva, requieren acciones diferenciadas.

En efecto, a lo largo de su historia el CONAPO ha impulsado temas como la equidad de género, el monitoreo de la salud sexual y reproductiva, o la atención a grupos específicos de población como jóvenes, adultos mayores o población indígena. En cada momento, la naturaleza intersectorial del Consejo ha sido un espacio propicio para el posicionamiento de estos temas en la agenda pública, favoreciendo la creación de instituciones como el Instituto Nacional de las Mujeres, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva,²⁴ el Instituto Mexicano de la Juventud,²⁵ la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas o el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.²⁶

POLÍTICA DE POBLACIÓN Y JUVENTUD

Aunque la presencia de instancias creadas en torno a la juventud se puede rastrear desde la primera mitad del siglo XX, es a partir de la advertencia sobre la rapidez de su crecimiento demográfico durante los años setenta que la institucionalización de políticas para la atención de este grupo de población se organiza y fortalece.

Los Programas de Población incorporaron explícitamente a este sector en sus objetivos y estrategias hasta finales de la década de los años noventa, pero lo desplazaron una vez que se creó el Instituto Mexicano de la Juventud alrededor del mismo periodo. Las estrategias y acciones dirigidas hacia los jóvenes en los Programas Nacionales de Juventud son congruentes con el Plan Nacional de Desarrollo y, naturalmente, refleja la naturaleza intersectorial de sus acciones. Sin embargo, cabría preguntarse si, más que generar un programa de acción propio, no sería conveniente pugnar por la inclusión transversal de acciones para jóvenes en el resto de los programas sectoriales.

Este caso es un buen ejemplo de cómo el señalamiento de necesidades específicas identificadas a partir de las previsiones demográficas redundan en la institucionalización de la atención de dichas necesidades. Una vez que esto ocurre, el órgano rector de la planeación demográfica parece retirarse del tema, hecho que se refleja en la desaparición de este sector de la población de sus objetivos programáticos.

La creación de nuevas instituciones relacionadas con la población y el desarrollo, con marcos jurídicos y normativos propios, así como con programas específicos de acción, es un paso deseable en el proceso de institucionalización de la política de población. Cuando, además, estas nuevas entidades públicas se suman al órgano conductor de dicha política para trabajar

²⁴ Instancia adscrita a la Secretaría de Salud.

²⁵ Instancia adscrita a la Secretaría de Educación Pública.

²⁶ Instancia adscrita a la Secretaría de Desarrollo Social.

de manera conjunta²⁷ y, periódicamente, actualizan los marcos jurídicos y normativos en concordancia con el cambio demográfico y social, el ciclo podría considerarse completo.

Sin embargo, como lo señala Mojarro (2009), con el tiempo, la interlocución de la SG-CONAPO con las instancias que conforman el Consejo, sean de reciente adscripción o anteriores, se ha ido concentrando en la alineación de las acciones establecidas en los programas específicos de éstas a los objetivos y estrategias de los PNP, al reporte periódico de sus intervenciones para la integración de los informes de ejecución de dichos programas y a la realización de reuniones interinstitucionales de periodicidad determinada. Es decir, se cumple con los lineamientos establecidos en el Reglamento de la LGP en materia de coordinación interinstitucional, pero la discusión sobre población y desarrollo, la relación que priva entre ambas dimensiones en un determinado momento y las formas de intervención necesarias y pertinentes, parecería haber perdido fuerza.

En buena medida, el fortalecimiento de un vínculo explícito entre los objetivos de cada sector del desarrollo y la planeación demográfica requiere de la revisión del marco jurídico que delinea la política de población en el país, tarea que se ha postergado por mucho tiempo.²⁸ Si bien los programas de población intentan seguir de cerca la evaluación de la dinámica demográfica y anticipar escenarios que requerirán estructuras institucionales y acciones específicas, ni la Ley vigente ni su Reglamento hacen mención explícita a la atención prioritaria, mediante acciones y vinculaciones específicas, de temas emergentes que afectan de manera crítica la dinámica poblacional.

Los artículos 8 y 9 del Reglamento de la LGP instruyen a las dependencias que integran el Consejo a incluir en sus programas las actividades y recursos necesarios para realizar los programas formulados en el seno del Consejo, e indican que éste elaborará y proporcionará las previsiones, consideraciones y criterios demográficos generales, así como las recomendaciones pertinentes que de ellos se deriven, para que las dependencias y entidades de la administración pública federal los incluyan en la formulación y ejecución de sus programas y acciones. Sin embargo, lo anterior pierde rigurosidad toda vez que no existen disposiciones jurídicas que asignen atribuciones específicas a los miembros del Consejo ni medidas vinculantes que permitan a éste o, en su defecto, la SG-CONAPO, a vigilar dicho procedimiento.

²⁷ Como sucedió en 2009 con el Instituto Nacional de las Mujeres o la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, cuya incorporación al CONAPO se encuentra estipulada en la reforma al artículo 6° de la Ley General de Población.

²⁸ Los cambios recientes en estos instrumentos tienen que ver con la derogación de varios artículos relacionados con la regulación de la migración –en particular la inmigración– y el tratamiento a extranjeros, toda vez que han sido promulgadas leyes específicas sobre el tema, en concreto, la Ley de Migración (promulgada en mayo de 2011, aunque aún no opera pues no cuenta con el Reglamento correspondiente) y la Ley sobre Refugiados y Protección Complementaria (promulgada en enero de 2011). También se han reformado algunos artículos relacionados con el registro de la población a través de la Cédula de Identidad Ciudadana, un instrumento de identificación personal que, a pesar de haber sido regulado desde 2010, aún no se concreta. La Ley ha experimentado otros cambios menores, como la actualización de nomenclaturas o depuración de instancias que ya no operan.

LA POLÍTICA DE POBLACIÓN Y LOS ADULTOS MAYORES

Los señalamientos vertidos en los Programas de población que advertían sobre el impacto que el cambio en la estructura por edad de la población tendría sobre la composición de la misma, con fundamento en los ejercicios de prospectiva demográfica generados por la SG-CONAPO, lograron la incorporación del envejecimiento poblacional como un tema relevante en la discusión sobre el desarrollo y el bienestar. Es probable que este aspecto comenzara a discutirse de manera algo tardía, cuando las presiones sobre los sistemas de salud y seguridad social ya comenzaban a manifestarse a través del aumento de enfermedades crónico degenerativas y el comprometimiento de los sistemas de pensiones.

Desde entonces han surgido diversos programas específicos para la atención de este grupo de población que consisten fundamentalmente en transferencias monetarias, apoyos alimentarios o subsidios a servicios básicos. Sin embargo, no se percibe una política comprensiva y articulada de esta problemática.²⁹

Otro ejemplo de la instrumentación de acciones favorecedoras a la institucionalización de la política de población que en su momento fueron pioneras, pero en la actualidad requieren de un impulso mayor, es la creación de los Consejos Estatales de Población (COESPO) y la instancia que los vincula con la SG-CONAPO, la Comisión Consultiva de Enlace con Entidades Federativas (COCOEF).³⁰

Los COESPO fueron instituidos en la década de los años ochenta, en reconocimiento de los procesos de descentralización de la época, que derivaron en el robustecimiento de las transferencias de recursos del centro a las entidades federativas, lo cual obligó a tener en consideración la gran heterogeneidad de escenarios demográficos y de desarrollo social existente en las regiones del país. De esta forma, los COESPO constituyen instancias propias de las entidades federativas que, en espíritu, deberían replicar la configuración colegiada del CONAPO, a fin de conducir la política de población en cada uno de los estados del país, mediante acuerdos de colaboración o marcos normativos específicos.

Empero, diversos estudios han documentado el desarrollo desigual de los consejos estatales (Muñoz, 2000; Mojarro, 2009; Rosas *et al.*, 2009). Los diagnósticos indican que no en todas las

²⁹ Como señala Mojarro la aproximación a la población adulta mayor representa un ejemplo de cómo el CONAPO y la SG ofrecen a la administración pública información relevante para la planeación y la atención de necesidades específicas y “en lugar de atraer para su campo nuevas normativas y atribuciones, cuando menos al nivel de la coordinación y evaluación de programas, el modelo de institucionalización se inclina por contribuir a la formación y fortalecimiento de otras instituciones (2009: 178).

³⁰ La existencia de esta figura y sus funciones tiene fundamento en los artículos 34 y 39 del Reglamento de la Ley General de Población, en los que se señala, de manera general, que las entidades deberán promover las previsiones y consideraciones generadas por el Consejo y que éste deberá recoger las necesidades identificadas por los estados en materia demográfica, así como promover el desarrollo técnico de los consejos estatales. De acuerdo con el Reglamento, la COCOEF deberá reunirse al menos una vez al año.

entidades federativas los consejos replican la estructura del CONAPO; en algunas ocasiones, ni siquiera funcionan como instancias colegiadas y las reuniones intersectoriales, cuando efectivamente se involucra más de un sector, no son regulares. Adicionalmente, existe una alta heterogeneidad en el tamaño, capacidad técnica y presupuesto de cada una de las unidades estatales, lo cual se refleja de manera directa en su desempeño y en el impacto que su labor tiene sobre la instrumentación de la política de población en los estados correspondientes (Rosas *et al.*, 2009).³¹

De acuerdo con Muñoz, los COESPO son “instituciones con escasa influencia en los principales circuitos político-institucionales del ámbito local y cuentan con una capacidad muy limitada para proyectar los criterios y orientaciones demográficos” (2000: 105). En su propio análisis encuentra, además, un interés diferenciado por los asuntos de población en las agendas locales y una alta heterogeneidad en el nivel de institucionalización de la política de población en los propios estados. En muchos de ellos no ha sido posible instaurar una ley de población de la entidad y no existen marcos normativos para regular la actividad de los COESPO ni las atribuciones de cada una de las instancias que deberían conformarlos. Este diagnóstico coincide con otros que enfatizan las grandes brechas que existen entre los estados en términos de los recursos materiales y humanos en cada secretaría técnica estatal.

Como puede verse, el desarrollo del marco jurídico y normativo de la planeación demográfica tiene bases sólidas que en su momento respondían a las necesidades de una época y circunstancias determinadas. Sin embargo, las dificultades o limitantes actuales ameritarían una revisión de los instrumentos y de las instancias encargadas de su aplicación.

3. INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA CULTURA DEMOGRÁFICA

Una vez que se ha revisado el marco normativo y jurídico de la política de población, los instrumentos que la operan y aspectos generales de la estructura de su organización, importa destacar la evolución de un elemento fundamental: la institucionalización de la cultura demográfica, entendida ésta como la apropiación de información, valores y prácticas que vinculan a los individuos y sus acciones con el conjunto de la población, alertándolos sobre el impacto de la toma de decisiones individuales sobre el desarrollo personal y colectivo.

El artículo 10 del Reglamento de la LGP instruye al Consejo a generar los lineamientos para la elaboración de programas de difusión, información y educación en población para contribuir a la formación de una cultura demográfica, con miras al mejoramiento del bienestar individual y

³¹ El diagnóstico elaborado por Rosas *et al.*, clasifica a las secretarías técnicas en diferentes niveles de acuerdo con su nivel de desarrollo. Así, los COESPO son identificados como de desarrollo “muy alto”, “alto”, “medio” y “bajo”. De acuerdo con el estudio, en 2007 ocho entidades se encontraban en un nivel muy alto de desarrollo, seis en un nivel alto, seis en nivel medio y 12 en un nivel bajo.

colectivo. Por su parte, el artículo 37 designa a la SG-CONAPO como la instancia encargada de la elaboración y difusión de materiales diseñados con ese fin.

En efecto, México tiene amplia experiencia en el diseño de estrategias exitosas en materia de información, educación y comunicación (IEC) en población. Un ejemplo de ello son las diversas campañas de planificación familiar que se difundieron en la década de los años setenta y ochenta, las cuales lograron incidir en las prácticas reproductivas de la población, fomentando la consideración de los beneficios de regular el tamaño y espaciamiento de la descendencia.

En consonancia con los PNP recientes, las líneas de acción en materia de IEC enfatizan la necesidad de incorporar en las estrategias de cultura demográfica la difusión sobre temas emergentes como el envejecimiento poblacional, el bono demográfico, la violencia intrafamiliar, la movilidad de la población, entre otros.

Sin embargo, la mayor parte de los esfuerzos en esta materia se han orientado a la difusión de información sobre derechos sexuales y reproductivos, así como atención de la salud reproductiva, siendo la población objetivo de estas medidas los individuos en edad fértil, particularmente los adolescentes.³²

Si bien esto es de absoluta relevancia y pertinencia –ya que, como se verá en el capítulo 4, existen desafíos muy específicos en este ámbito- el resto de los temas y de las poblaciones específicas ha sido descuidado, lo cual implica desatender en alguna medida el objetivo de que la población cuente con elementos para tomar decisiones de otro orden de manera libre, informada y responsable.

Cabe precisar que, si bien es un tema que se ha privilegiado, la asignación de recursos para el diseño y difusión masiva de materiales sobre salud sexual y reproductiva tampoco ha sido sistemática y continua. Entre 2011 y 2012 se elaboró y difundió una campaña para la prevención del embarazo adolescente no planificado y la prevención de infecciones de transmisión sexual, después de cerca de diez años de no haber diseñado una estrategia en medios masivos de comunicación.

Por otra parte, particularmente en este tema, ha sido evidente la falta de instrumentos o instancias que permitan que los mensajes clave de prevención y atención, identificados a nivel federal mediante el trabajo intersectorial y con fundamento en diagnósticos nacionales y regionales, sean difundidos con libertad y claridad en las entidades federativas, toda vez que existen elementos ideológicos que sesgan la información y, por ende, la atención a este tipo de necesidades.

³² Por supuesto, el uso de IEC no es el único mecanismo a partir del cual es posible difundir la cultura demográfica. Una vía sustantiva para tal fin es la incorporación de contenidos relativos a este tema en los programas del sector educativo. El capítulo 4 recupera parte de la discusión sobre cómo este sector se ha involucrado (o no) en dicha tarea, particularmente en lo que concierne a la salud sexual y reproductiva de la población más joven.

En síntesis, como el resto de los elementos que conforman la política de población aquí revisados, las estrategias de IEC requieren de una redefinición no sólo de los temas a impulsar, sino también los mecanismos para difundir los mensajes y –nuevamente- de las facultades que en materia de comunicación cada instancia involucrada en la atención de dichas problemáticas deberá asumir de manera obligatoria.

Sin duda, después de la formalización y consolidación de las sinergias necesarias, uno de los mayores desafíos en esta materia es el posicionamiento de los temas en las agendas públicas y la traducción de este posicionamiento en la asignación de recursos suficientes.³³

4. OPORTUNIDADES Y RECOMENDACIONES

Como puede apreciarse, toda vez que la relación entre la población y el desarrollo es un espacio de interacciones múltiples y complejas, la institucionalización de la política de población no podía resultar un asunto sencillo. El ejercicio de coordinación intersectorial que debe realizarse de manera sostenida es mayúsculo y requiere marcos jurídicos y normativos que asignen atribuciones específicas a las partes involucradas.

México ha sido pionero en la creación de instituciones e instrumentos que coordinen y operen la política de población. En su momento, cada una de las leyes generales de población ha reflejado un entendimiento particular y profundo de las relaciones entre la población y el desarrollo -si bien el sentido de estos vínculos ha podido cambiar en el tiempo- y la política de población ha recibido un impulso importante por parte de las instancias encargadas de conducirla.

Sin embargo, actualmente la planeación demográfica del país requiere de un impulso renovado. Pareciera que ésta ha perdido relevancia entre las prioridades nacionales, lo cual puede deberse a múltiples factores, entre ellos:

- la importancia que han cobrado otros temas de coyuntura –v. gr., inseguridad y violencia, crisis económicas y alimentarias, por mencionar algunos- que compiten por recursos humanos y financieros, en todos los niveles de gobierno;
- un escenario demográfico de crecimiento relativamente controlado que, para instancias no especializadas, podría dar la impresión de no requerir acciones urgentes.

³³ Los cuales deberán ser vastos toda vez que, por ejemplo, desde hace algunos años en México la distribución de mensajes oficiales en medios electrónicos se hace a través de *tiempos comerciales*, ante la restricción cada vez más severa de *tiempos oficiales* en los medios.

Un tema vigente y de gran agitación en este momento es el de la migración, particularmente la inmigración. Toda vez que se decretó recientemente una Ley de Migración que fortalece el papel de otras instancias, el resto de los temas de población y la propia SG-CONAPO podrían ver reducido su ámbito de acción;

- la creación y consolidación de instancias que tienen entre sus facultades la atención a grupos de población que, previo a la existencia de dichas instituciones, los PNP consideraban entre sus estrategias. Es el caso del Instituto Nacional de las Mujeres, el Instituto Mexicano de la Juventud o el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.

Si bien la creación de nuevos espacios para la atención de necesidades específicas de la población es siempre un síntoma positivo, es posible que con su instauración el CONAPO y, en particular, su Secretaría General, perdieran visibilidad al dejar de ser referentes sobre el tema.

Dados los elementos anteriores, pareciera transcurrir un paulatino proceso de “desensibilización” sobre el tema entre las altas autoridades, que se traduce en la restricción de recursos de todo tipo asignados a la planeación demográfica. Así, el posicionamiento de los temas de población en la agenda pública se vuelve sumamente complejo y la capacidad de negociación de las instancias encargadas de la planeación demográfica se ve mermada. Se trata entonces, de un círculo perverso.

La SG-CONAPO es productora de insumos demográficos fundamentales para la planeación de la política social, como las proyecciones de población y los índices de marginación,^{34,35} cuya consideración en muchas de las acciones específicas de los diversos sectores se encuentra normada,³⁶ no sólo en las políticas federales sino también en otros niveles de gobierno. Sin embargo, es posible que recientemente ésta sea la función más visible de la SG-CONAPO, proveer insumos estratégicos, lo cual, si bien no es menor y también requiere trabajo interinstitucional, refleja una perspectiva limitada de lo que implica la conducción de la planeación demográfica.

³⁴ Durante algunos años estuvo a su cargo la estimación del Índice de Desarrollo Humano, pero actualmente el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo cubre esta función. También ha diseñado otros indicadores útiles para el monitoreo del desarrollo, como el Índice de Desarrollo Social; sin embargo, estos productos forman parte del acervo de estudios y proyectos elaborados por la SG que no han trascendido fuera de este órgano.

³⁵ Cabe señalar que, toda vez que en 2004 la Ley General de Desarrollo Social decretó la medición multidimensional de la pobreza como medida oficial de la misma, así como la creación del Consejo Nacional para la Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) como instancia encargada de la definición, identificación y medición de la pobreza en el país, es posible que, gradualmente, esta medida se instrumente como criterio de selección de varios programas, toda vez que se trata de una medida oficial.

³⁶ Las proyecciones de población, por ejemplo, son fundamentales, entre otros, para el cálculo y monitoreo de coberturas de diferentes servicios sociales y los índices de marginación son considerados como criterios de selección en varios programas o estrategias.

Reducir el papel de la SG-CONAPO a funciones técnicas implica el riesgo de que el costo de mantener a una institución completa sea más alto que transferir sus funciones críticas a otras unidades especializadas, capacitándolas para la elaboración de dichas actividades. En México una instancia pública (y autónoma) que tendría capacidad técnica para desarrollar dichos insumos –toda vez que, además, es generadora de la información estadística necesaria para su cálculo- es el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI), entidad con una gran infraestructura que, además, se ha visto notablemente fortalecida en los últimos años.

Aparentemente, el hecho de que la SG-CONAPO esté adscrita a la Secretaría de Gobernación podría brindarle mayores capacidades de coordinación intersectorial, pero también sucede que la dinámica propia de este ministerio tiende a ser álgida y en tiempos recientes la SG-CONAPO podría haberse visto sujeta a los vaivenes de la misma.³⁷

A la luz de estas consideraciones, en esta breve discusión sobre la institucionalización de la política de población es posible identificar las siguientes oportunidades para el fortalecimiento de este proceso.

1. La revisión detallada de la Ley General de Población y su respectivo Reglamento será un paso imprescindible para el fortalecimiento de la política de población. Este ejercicio debe ser incluyente e incorporar en la discusión del nuevo rumbo tanto a la SG-CONAPO y los miembros del Consejo, como también a los COESPO, a las organizaciones de la sociedad civil, a los organismos internacionales de cooperación en el país (como UNFPA) y al sector académico.
2. La revisión del marco jurídico y normativo debería tender a la incorporación explícita en la LGP de los temas demográficos emergentes y aquéllos que, como consecuencia de la acción pública escasa o deficiente, sigan pendientes, v.gr., la distribución geográfica de la población. Se requieren artículos y fracciones específicas que hagan mención manifiesta a los fenómenos e involucren de manera directa y vinculante a las instancias encargadas de operar acciones específicas en la materia correspondiente.
3. Asimismo, la actualización de la LGP y su Reglamento debe señalar cuáles son las atribuciones y facultades específicas de cada uno de los miembros del CONAPO. Además de normar su relación con la SG-CONAPO y otras instancias colegiadas, es necesario que se tomen medidas concretas para lograr que las entidades públicas incorporen en sus programas acciones que consideren los criterios y previsiones demográficas emitidas por la SG-CONAPO.

³⁷ Tan sólo en el tiempo transcurrido durante el sexenio 2006-2012 el cargo de secretario de gobernación ha recaído en cinco funcionarios. Ello generalmente ha implicado cambios en la Subsecretaría de Población, Migración y Asuntos Religiosos, a la cual está adscrita directamente la SG-CONAPO.

4. Por supuesto, la sola mención de acciones en los programas específicos de las instancias no garantiza que el resultado sea una efectiva transversalización de la perspectiva demográfica. Los programas, incluyendo los PNP, deben ser susceptibles de ser evaluados.

Sin duda, ésta será una tarea compleja, dada la cantidad de interrelaciones e instancias involucradas en el ámbito de la población y el desarrollo, así como el largo aliento del cambio demográfico, pero esta tarea podría iniciar con la evaluación del diseño de los propios PNP y su relación con los programas de las instancias que conforman el Consejo.

La experiencia internacional en este sentido –estrategias y tipos de evaluación instrumentadas, generación y monitoreo de sistemas de indicadores clave, entre otros– puede resultar aleccionadora. Un portavoz crucial de este aprendizaje es el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA).

5. Ante todo, el CONAPO y, en particular su SG, deben resultar fortalecidos en este proceso de revisión del marco jurídico y normativo. La asignación por Ley de atribuciones específicas a las instancias que conforman al Consejo, facultando a la SG para dar seguimiento y monitorear el desempeño de la transversalización de la política de población, con capacidad para hacer recomendaciones públicas y específicas a las que se deba dar respuesta, contribuiría a reconstituir las facultades de interlocución y verdadera conducción de la planeación demográfica que recaen en el Consejo y sus órganos.
6. Un aspecto crítico de la institucionalización de la política de población es la relación entre las acciones federales y las estatales. Sin duda alguna, es imprescindible fortalecer a los COESPO, a fin de que logren incidir en las agendas locales. Para ello, es importante consolidarlos no sólo en términos políticos, sino en capacidades técnicas, recursos materiales, humanos y financieros; potenciar su facultad para identificar problemáticas locales e incidir en ellas, a través de proyectos intersectoriales específicos. La cooperación de organismos internacionales como el UNFPA, previo acuerdo de colaboración entre los COESPO y el CONAPO, puede dar un impulso notable a este proceso.
7. El fortalecimiento de la SG-CONAPO debe estar acompañado de la consolidación de las instancias que la vinculan con el resto de las instancias que conforman el Consejo, con las entidades federativas (COCOEF) y con la academia y los organismos no gubernamentales (Consejo Consultivo). En la actualidad, la celebración de las reuniones con estas instancias se realiza para dar cumplimiento a la normatividad y se

caracterizan por un ánimo de rendición de cuentas, contrario a una verdadera vinculación de la cual surjan acuerdos que deban ser cumplidos.

8. Sin duda, el respaldo de organismos internacionales a iniciativas públicas tiene un enorme peso político y permite posicionar temas en las agendas públicas con mayor solidez y agilidad. El acompañamiento que UNFPA ha brindado al CONAPO y a su Secretaría General a través del Programa País y la relación estrecha de trabajo entre los funcionarios, ha permitido concretar gran parte de las funciones de la SG-CONAPO, entre ellas, una tan fundamental como la producción de información, diagnósticos, materiales para estrategias IEC, entre otros.

CAPÍTULO 3: ACCESO A SERVICIOS DE CALIDAD EN SALUD MATERNA Y NEONATAL

1. INTRODUCCIÓN

El análisis de los factores que influyen en la mortalidad materna y neonatal permite distinguir elementos importantes para el diseño e instrumentación de acciones específicas tendientes a reducir su ocurrencia, o idealmente, erradicarlas. La pobreza y la desigualdad son variables que detonan o agravan esta problemática, toda vez que la existencia de condiciones de precariedad socioeconómica se asocia con el acceso de suyo deficiente a servicios de salud inadecuados que presentan limitantes en la infraestructura, fallas en la coordinación, organización y manejo de las redes de servicios, falta de capacitación del personal, entre otros. En suma, aspectos claramente atendibles, que revelan la naturaleza evitable de las muertes asociadas a la atención de los eventos reproductivos.

Este capítulo tiene como propósito exponer, en un primer momento, el marco legal en materia de servicios de calidad en salud materna y neonatal, en el que se identifican los derechos que deben ser atendidos en esta materia, las autoridades que tienen la encomienda de brindar servicios médicos suficientes, accesibles y efectivos para atender las necesidades de las personas, y los mecanismos que se han implementado para lograr dichos fines.

En un segundo momento se describe la organización institucional de los servicios, identificando los procesos y actores que, en diferentes momentos, han tenido más relevancia en la atención de esta problemática. En el tercer apartado se esboza un breve diagnóstico sobre la situación en materia de acceso a los servicios de calidad en salud materna y neonatal, mediante el análisis de las tendencias tanto de la mortalidad materna como de la neonatal, con especial énfasis en las poblaciones que requieren atención prioritaria. El último apartado reflexiona sobre las oportunidades que representan los diferentes rezagos descritos en los apartados anteriores, con el propósito de identificar áreas específicas de intervención.

2. EL MARCO NORMATIVO Y JURÍDICO DE LOS SERVICIOS DE CALIDAD EN LA SALUD MATERNA Y NEONATAL

Los instrumentos jurídicos más relevantes para la atención de la salud sexual y reproductiva en general, y la salud materna y neonatal en particular son: la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), la Ley General de Salud (LGS), el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (RLGS), las Normas Oficiales Mexicanas sobre la Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido (NOM-007-SSA2-1993), de los Servicios de Planificación Familiar (NOM-005-SSA2-1993), y para la Prevención y control de los defectos al nacimiento (NOM-034-SSA2-2002).

A partir de las reformas constitucionales promovidas, en parte, por la Ley General de Población (LGP) de 1974, se enunció en el artículo 4° de la CPEUM que toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos, además de tener derecho a la protección de la salud.

El PND, por su parte, en la estrategia 6.1 del eje tres de la igualdad de oportunidades, enuncia la necesidad de reducir la mortalidad materna e infantil a través de medidas alimenticias, de vigilancia de posibles factores de riesgo, la provisión de un ambiente higiénico al momento de dar a luz, así como el acceso de atención rápida y eficaz en caso de urgencia. Así, el sistema de salud deberá proveer una atención adecuada para evitar que los embarazos deriven en complicaciones, enfermedades, discapacidades permanentes o las muertes de la madre o del niño, y de igual forma, se priorizará en la agenda nacional, que la salud perinatal se encuentre al mismo nivel que salud materna –lo que vuelve indispensable la creación de un Sistema Nacional de Información de Salud Perinatal, con indicadores precisos que permitan conocer la verdadera situación del recién nacido en México (Presidencia de la República, 2007).

El PROESA tiene entre sus objetivos reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas, para lo que se han comprometido metas específicas como la de disminuir a la mitad la razón de mortalidad materna y reducir 40% la mortalidad infantil, en ambos casos, en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano (SS, 2008e). Para ello, el Programa del sector descansa en los siguientes instrumentos normativos y programáticos.

Uno de ellos es la Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF) en 1984 y que tiene como propósito establecer las bases y modalidades para el acceso y los servicios de salud, que inciden en la prolongación y mejora de la calidad de vida humana.³⁸ La LGS instruye a las autoridades gubernamentales y sanitarias para atender dos aspectos principales en cuanto a la salud materna y neonatal se refiere. Por un lado la atención social, relevante para la identificación y vigilancia de grupos considerados vulnerables,³⁹ y, por otro lado, organizar y coordinar el ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud, a partir de la formación de recursos humanos y la información de las condiciones de los recursos y servicios en materia de salud. Es fundamental también, según lo descrito en la

³⁸ La Ley General de Salud en el Título Primero, Capítulo Único, Artículo 2 del derecho a la protección de la salud tiene entre sus finalidades, la protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social. Por su parte, la Ley General de Desarrollo Social (LGDS) establece en su artículo 6° el derecho al acceso a los servicios de salud como un derecho fundamental para alcanzar el desarrollo social.

³⁹ La LGS plantea como acciones específicas para cumplir con este propósito el suministro de información en temas de nutrición (incluyendo, la importancia de la lactancia materna), planificación familiar (PF) y educación en salud (vacunación, enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, detección temprana de problemas visuales, auditivos y su tratamiento).

LGS, prevenir la mortalidad materna e infantil a efecto de conocer, sistematizar y evaluar los problemas y adoptar las medidas conducentes (LGS, 2012a).

Dos años más tarde, en 1986, se publicó en el DOF el Reglamento de la LGS (RGLS), que tiene como propósito dar cumplimiento a la LGS en lo referente a la prestación de servicios de atención médica. En su Capítulo V, el RGLS evidencia la importancia de prestar servicios de atención materna e infantil, de la lactancia materna y la disminución de la morbimortalidad materno-infantil. No obstante se agrega un componente más a la pertinencia de la atención en salud del embarazo, parto y puerperio: la necesidad de permitir los servicios de personal no profesional capacitado⁴⁰ autorizado en la prestación de servicios obstétricos y de PF, a fin de atender a un mayor número de mujeres y, sobre todo, a aquéllas que residen en áreas geográficas apartadas, en las que es difícil situar clínicas o unidades médicas a las cuales asignar personal médico calificado que atienda de manera estable la salud de la población objetivo.

Un instrumento fundamental para la regulación de la atención a la salud materna y neonatal es la Norma Oficial Mexicana de atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido (NOM-007-SSA2-1993) de 1993. Dicho instrumento pretende, que la población haga ejercicio de su derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, prevenga en la manera de lo posible las infecciones de transmisión sexual (ITS) y evite en mayor medida la ocurrencia de riesgos reproductivos (DOF, 1994).

La Norma señala que todas las mujeres, y en su caso los neonatos, deben recibir atención médica oportuna, de calidad y con calidez, en cualquier unidad de salud que brinde atención obstétrica, independientemente del sector al que atañe (público, privado o social), durante el embarazo, parto y puerperio. Para ello, unidades médicas están obligadas a disponer de instrumentación adecuada y cumplir con los procesos o lineamientos establecidos, de acuerdo a las características de salud de las mujeres, sin importar su condición social, cultural o económica (DOF, 1995).

Los servicios de salud en atención materna y neonatal incluyen acciones de planificación familiar, para que mediante acciones de orientación, consejería, selección, prescripción y aplicación de anticoncepción, se contribuya a lograr el estado completo de bienestar físico, mental y social durante el proceso de reproducción y el ejercicio de la sexualidad de las personas, apegándose al pleno respeto de su dignidad. Los principios de la PF, así como sus

⁴⁰ Se considera personal no profesional autorizado para la prestación de servicios de atención médica a aquellas personas que reciban la capacitación correspondiente y cuenten con la autorización expedida por la SS que los habilite a ejercer como tales, misma que deberá refrendarse cada dos años (Art. 102 del RLGs). Asimismo, el personal no profesional autorizado para la prestación de servicios en materia de obstetricia podrá atender embarazos, partos y puerperios normales que ocurran en su comunidad, dando aviso a la SS (Art. 110 del RLGs).

criterios de operación, políticas y estrategias de asistencia se encuentran plasmadas en la NOM-005-SSA2-1993.

La atención de la salud obstétrica dirigida a reducir los riesgos de muertes maternas y neonatales se establece mediante acciones tendientes a la prevención, diagnóstico (detección temprana de alteraciones fetales o complicaciones maternas) y control oportuno de los defectos en los nacimientos. Dichas acciones ofrecen a la madre la posibilidad de recibir resoluciones obstétricas de calidad y la posibilidad de que los neonatos tengan una mejor condición de vida.

Los criterios y especificaciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de defectos al nacimiento, están expuestas en la NOM-034-SSA2-2002 (DOF, 2002). Esta Norma establece la responsabilidad que tienen toda unidad médica que brinda atención obstétrica de contar con una reglamentación de procedimientos para la prevención del recién nacido⁴¹, con el propósito de restringir la ocurrencia de muertes maternas y neonatales. Ahí se establece que las unidades de salud deben disponer del historial clínico de los pacientes para identificar y calificar el riesgo reproductivo de la mujer en edad fértil y de su pareja, a fin de que, ante la presencia del alto riesgo reproductivo, se provea orientación y consejería que los aliente a evitar o posponer el embarazo hasta que el factor de riesgo se controle o se suprima. La Norma también alienta el establecimiento de medidas educativas y de promoción de la salud, y en caso de ya existir una situación de esta índole, los prestadores de servicios médicos obstétricos implementarán todos los procedimientos disponibles, adecuados y oportunos de diagnóstico y control para reducir la ocurrencia de muerte en el binomio materno-infantil (DOF, 2002).

Por otro lado, el gobierno federal se comprometió a dar respuesta a los ODM, cuyo quinto objetivo señala la obligación de los Estados de reducir la mortalidad materna a la tercera parte del nivel observado en 1990 para 2015. Como se mencionó en el primer capítulo, éste es uno de los ODM que se encuentra en riesgo de no ser cumplido. De hecho, las cifras recientes sobre mortalidad materna garantizan que no será posible acelerar la disminución del fenómeno con la rapidez necesaria (Presidencia de la República, 2011). En párrafos posteriores se describen algunos elementos que podrían entorpecer el avance en esta materia y sobre los cuales es posible identificar oportunidades de cooperación.

Una vez que se ha esbozado de manera general el marco legal en el que se circunscribe la atención y los servicios médicos y de salud tendientes a procurar los derechos materno-infantiles. en el siguiente apartado se mostrará y ahondará en los instrumentos generados e instrumentados por las instancias de gobierno, los organismos internacionales y las organizaciones no gubernamentales (ONG) y de la sociedad civil (OSC) que tienen interés en

⁴¹ Dicho reglamento contiene información sobre reanimación neonatal, manejo del cordón umbilical, el tipo de alimentación que deben proveer en los servicios de salud que prestan atención obstétrica para el recién nacido, la realización de una muestra tamiz y distintas formas de valoración, prevención y exámenes.

elevar la calidad de la atención en la salud de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio y también de los recién nacidos, con el ánimo de disminuir la morbilidad materna y neonatal.

3. PRINCIPALES BRECHAS EN MATERIA DE SERVICIOS DE SALUD MATERNA Y NEONATAL

MORTALIDAD MATERNA

De acuerdo con el CPV 2010, en México 27.3% de la población femenina tenía entre 15 y 49 años de edad, lo que equivale a contar con 30.7 millones de mujeres en edades reproductivas. Entre ellas, 17.9% eran adolescentes (15 a 19 años), 16.5% eran jóvenes (20 a 24 años) y 65.5% eran mujeres entre 25 y 49 años de edad.

En ese mismo año, la razón de mortalidad materna (RMM) alcanzó 53.5 defunciones maternas por cada cien mil nacimientos estimados, es decir, 35.5 puntos de razón menos que la RMM de 1990. Ello significa que para lograr la meta establecida en el ODM5 (reducir la RMM a 22.3 muertes maternas por cada cien mil nacimientos), ésta aún habría de reducirse 31.2 puntos de razón más, pero en un periodo de tiempo menor (cinco años), lo que equivaldría a reducirse a una velocidad promedio de 6.2 puntos anuales, a diferencia del ritmo al que descendió en los años anteriores, que fue de 1.8 puntos. De mantenerse constante esta velocidad de descenso, el objetivo 5.1 de los ODM se alcanzaría hasta el quinquenio 2025-2030.

En la última década, el nivel de la RMM presenta un comportamiento irregular que oscila entre las 59.9 defunciones maternas por cada cien mil nacimientos estimados en 2002, a 53.3 en 2010, pasando por poco más de 62 en 2003 y en 2009. Este último año fue particularmente complejo para la reducción de la mortalidad materna, toda vez que el país experimentó con fuerza la epidemia de la influenza AH1N1, la cual mostró tener un elevado impacto en la salud de las mujeres embarazadas, al grado de que, por primera vez, las causas obstétricas indirectas ocuparon el primer lugar entre las causas de mortalidad materna.

Además de arrojar luz sobre el efecto potenciado de las afecciones respiratorias en la salud de las mujeres y el desarrollo de sus embarazos, este suceso ha obligado a reflexionar sobre la naturaleza de las muertes maternas a mediano y largo plazo, toda vez que el país observa niveles elevados y aun crecientes de padecimientos crónico degenerativos, entre los que destacan la diabetes, la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares, incluso entre población joven.

El 50% de las complicaciones obstétricas no pueden prevenirse debido a que no presentan signos o síntomas de alarma. Sin embargo, se reconoce que su efecto deja de ser letal cuando se atienden con oportunidad y tecnología adecuadas. Así, en este mismo sentido el CNEGySR

(2009) sostiene que el 80% de las defunciones maternas por complicaciones obstétricas son prevenibles y debe actuarse en consecuencia.

El aborto es otro tema que se asocia, no solamente con la mortalidad materna, sino también con la calidad de los servicios de salud reproductiva y la atención médica otorgada a las mujeres. Desafortunadamente, no existe una fuente de información confiable que admita un análisis profundo del fenómeno en México.

De acuerdo con Zúñiga y García (2009), en 1985 hubo alrededor de 236 mil abortos en el año, cifra que descendió a 211 mil, en 1990. La magnitud de este fenómeno comenzó a repuntar nuevamente en 1995 al llegar a 218 mil abortos en 1995 y a 248 mil en 2001.⁴² No obstante, en el periodo 1991-2006 se estimaron aproximadamente 120 mil abortos por año.⁴³ Asimismo, la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2009, evidenció que por lo menos una de cada seis mujeres alguna vez embarazadas, cursaron por un evento de aborto, aunque no se sabe si éstos fueron atendidos por personal médico capacitado o practicado de manera insegura.

La muerte materna por motivo de aborto en México, de acuerdo con los datos del INEGI para 2009, es relativamente baja (6% de las muertes maternas), no obstante estas cifras aumentan en las estimaciones expuestas por la OMS (13%), lo que evidencia un problema de subregistro y registro erróneo en las estadísticas de nuestro país, ya que, en la opinión de los especialistas, muchas muertes atribuidas a las hemorragias son provocadas realmente por complicaciones de aborto que se practican en condiciones de riesgo. En general, se sabe que las mujeres de los niveles sociales más desprotegidos se ven expuestas en mayor medida a morir a causa de un aborto inseguro (el doble de riesgo) que las de mejores condiciones socioeconómicas (Fernández *et al.*, 2012).

Comité Promotor de Maternidad Sin Riesgo	✓ En México ocurren aproximadamente 4.2 millones de embarazos por año, de los cuales solamente 60% llegan a término de la gestación, los demás terminan con abortos espontáneos o inducidos.
Alan Guttmacher Institute, El Colegio de México y Population Council	✓ Durante 2006 en México se realizaron 874 mil abortos inducidos
Infomex D.F. 29 de septiembre de 2011.	✓ En el Distrito Federal se realizaron 67,200

⁴² Las encuestas que se tomaron en consideración para obtener estos datos fueron la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud de 1987; la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica de 1992, 1997 y 2006 y la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de 2003.

⁴³ Para los datos de 1991-2006 los autores tomaron en consideración además de las encuestas sociodemográficas, la información de los egresos hospitalarios para la atención de abortos en México, aunque se sabe que estos registros suelen tener problemas de cobertura ya que se exponen solo aquellos casos atendidos en hospitales públicos del sistema de salud, dejando fuera aquéllos que no llegan a hospitales que ocurren en clínicas u hospitales privados, asimismo, los sistemas de información presentan problemas de subenumeración, por omisión o por la clasificación errónea de la causa de atención, muchas veces intencionalmente equivocada para ocultar eventos provocados.

Periódico La Jornada y El Universal, 5 de octubre.	<p>aborts después de la legalización de los embarazos (del 24 de abril de 2007 al 29 de septiembre del 2011).</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 4.67% fueron mujeres menores de 18 años de edad ✓ Poco menos del 1% de las interrupciones legales de embarazo fueron por reincidencia.
--	---

Fuente: Fernández *et al.*, (2012), la mortalidad materna y el aborto en México, Boletín Médico Hospital Infantil, vol. 69, no. 1, enero-febrero, México, págs.: 77-80.

MORTALIDAD NEONATAL

El problema de la mortalidad neonatal en México es un asunto aún poco estudiado, pese tiene el mayor peso específico en la mortalidad infantil; a manera de ejemplo, en 2002, de 44 mil muertes infantiles, 27 mil (62.5%) ocurrieron en el periodo neonatal.

A diferencia de años anteriores en los que la mortalidad neonatal se relacionaba con problemas de salud derivados de condiciones de vida precarias e insalubres, en la actualidad las principales causas de muerte neonatal deben su origen a problemas genéticos, congénitos o daños que se producen durante el embarazo o parto (INEGI, 2011: 49). Sin embargo, también se reconoce que una adecuada atención prenatal y durante el parto, así como el progreso en los cuidados apropiados al neonato, tienen un efecto favorable para evitar la muerte del recién nacido.

En 2008 nueve de cada mil nacimientos ocurridos en México culminaban en muerte neonatal, dato ligeramente menor al observado en 2002, cuando morían 11 neonatos por cada mil nacimientos, lo que equivale a una reducción de la mortalidad neonatal de 18.9% entre ambos periodos (INEGI, 2011).

Esta disminución puede estar relacionada con la mejora en la atención del parto y la consecuente atención oportuna al neonato, mediante la dotación de vacunas propias del primer mes de nacimiento y la realización del tamiz neonatal. Así pues, la atención del parto asistido por un médico calificado pasó de 76.7% en 1990 a 91.7% en 2006⁴⁴ y a 94.0% para 2009 (Mendoza *et al.*, 2009). Sin embargo, a pesar de que la atención calificada y por profesionales médicos es prácticamente universal, una cuarta parte de las mujeres sin escolaridad o hablantes de lengua indígena han sido atendidas por parteras.

La NOM-007-SSA-2-1993, estipula que las mujeres tienen mayor oportunidad de cursar un embarazo y parto seguro y saludable si asiste en promedio a cinco revisiones cuando éste transcurre con normalidad, o en más ocasiones de haber evidencias de signos de riesgo.

⁴⁴ Datos de 1990 y 2006 obtenidos de Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México. Informe de Avances 2010

Además, es fundamental recibir la primera revisión antes de cumplir las 12 semanas de gestación, con el objetivo de que las embarazadas y sus familiares reciban información correspondiente al autocuidado de la salud, la importancia de una alimentación balanceada y otros elementos indispensables que contribuyan a lograr un sano embarazo y, por ende, disminuir la incidencia de riesgos que afecten a las mujeres y a sus hijos.

La vigilancia en la nutrición de los neonatos mediante la lactancia materna es un aspecto fundamental para la reducción de la muerte de los recién nacidos. Los datos al 2009 muestran que nueve de cada diez mujeres amamantaron al recién nacido y que, en promedio, lo hicieron durante 8.3 meses (Mendoza, *et al.*, 2011). Asimismo la proporción de mujeres embarazadas que en 2009 recibió atención médica durante el primer trimestre de embarazo fue de 86.2%, esto es 11.7 puntos porcentuales más que lo observado en 2007 (74.5%).

<p>Pese a que una alta proporción de mujeres reciben atención médica en el primer trimestre de su embarazo, ésta es variable, según algunas características que las diferencian.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Las adolescentes asisten en promedio a una revisión menos que las mujeres de 20 a 49 años. ✓ Las mujeres sin escolaridad reciben en promedio dos consultas menos que las mujeres con un nivel educativo de secundaria o más. ✓ Las residentes en zonas rurales asisten a una consulta médica menos que las urbanas y ✓ Las mujeres hablantes de lengua indígena asisten a dos revisiones menos que las mujeres que no hablan una lengua indígena.
--	--

4. ANÁLISIS INSTITUCIONAL DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE CALIDAD EN SALUD MATERNA Y NEONATAL

En México, la elevada ocurrencia de muertes maternas y neonatales es un tema presente en la agenda pública, no sólo en lo tocante a la salud de la población, sino también al desarrollo social, toda vez que se reconoce que el principal factor asociado a la ocurrencia de las muertes maternas y de neonatos es la falta de acceso oportuno de las mujeres a los servicios de salud que brinden atención obstétrica de calidad, con personal médico y auxiliar suficiente, calificado y con capacidad resolutive en momentos de emergencia (CONEVAL, 2012).

Al respecto, el gobierno mexicano, mediante las instituciones que lo componen y diversas ONG y OSC, han generado programas, grupos interinstitucionales de trabajo, observatorios, entre otros, además de concretar estrategias y líneas de acción tendientes a dar respuesta a esta problemática. Así por ejemplo, en 1993 se creó el Comité Promotor para una Maternidad sin Riesgos, conformado por un grupo plural y multidisciplinario representado por organizaciones civiles, gubernamentales, académicas y agencias internacionales de cooperación, que se preocupan por mejorar la salud de las mujeres durante la maternidad y por evitar la mayoría de

muerres prematuras de mujeres a causa de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio. Entre sus encomiendas se distinguen contribuir al abatimiento de la mortalidad materna y la búsqueda de una maternidad sin riesgo que permita a la mujer mexicana vivir una maternidad gozosa, libremente decidida y atendida con calidad.⁴⁵

Por su parte, el Programa Caravanas de Salud, instituido por la SS en el año 2007 y alineado al Programa Nacional de Salud 2007-2012 (PRONASA) y al Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS), tiene entre sus encomiendas principales alcanzar la cobertura universal de atención médica calificada durante el parto, con apoyo de parteras que, en coordinación con las unidades de salud, atiendan con mayor oportunidad las complicaciones obstétricas. El propósito es, entonces, garantizar la continuidad de la atención a través del envío de pacientes a unidades médicas de mayor capacidad resolutive de la red.

Parte fundamental del desarrollo del Programa, es el fomento de la participación comunitaria, así como la vigilancia epidemiológica y las acciones en materia de salud pública. La estrategia seguida es ampliar la cobertura de servicios de salud para atender a las personas que viven en comunidades dispersas, pequeñas y de pocos habitantes, buscando beneficiar a toda aquella persona que habita en los municipios de menor Índice de Desarrollo Humano (IDH) y que cuentan con problemas de acceso regular a servicios integrales e institucionales de salud. Caravanas también cuenta con unidades médicas móviles, que trabajan de forma complementaria, auxiliados con otros medios de transporte de personal en salud y el apoyo de unidades médicas fijas ubicadas en las rutas de atención ambulatoria.⁴⁶

El proceso de descentralización de los servicios de salud brindó a las unidades de salud en todo el país cierta autonomía para definir e instrumentar sus políticas y programas, así como decidir en el ámbito de lo administrativo y en el manejo de sus finanzas. Esta situación propició que la SS, en los siguientes años, tuviera dificultades para coordinar mecanismos de cooperación con los estados, en términos de rendición de cuentas, transparencia y otros asuntos relacionados con el tema de la salud. No obstante, y tras un arduo proceso de negociación, los gobiernos estatales, en coparticipación con el gobierno federal, han mostrado ser sensibles a este tema. A partir de 2007, la SS estableció junto con los Servicios Estatales de Salud (SESA), los Acuerdos para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública (AFASPES) que son un instrumento de apoyo para la asignación del presupuesto designados a la atención de la salud sexual y reproductiva (CONEVAL, 2012).

En torno a esta problemática se han diseñado e instrumentado diferentes estrategias que han recibido un impulso importante motivado, por un lado, por la consecución de la meta establecida en los ODM y, por otro lado, por la propia complejidad y resistencia del fenómeno –

⁴⁵ Para mayor información ver página electrónica: <http://maternidadsinriesgos.org.mx/web/index.php/acerca-del-comite>

⁴⁶ Para mayor información ver: <http://mexicolegal.com.mx/vp-ind.php?id=358&categoria=derecho>

en particular de la mortalidad materna. A continuación se describen tres instrumentos relevantes: el Programa de Acción Específico 2007-2012 Arranque Parejo en la Vida (PAE-APV), el Programa Embarazo Saludable y la Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna.

El Programa Arranque Parejo en la Vida pretende mejorar las condiciones de atención para las mujeres y los recién nacidos, particularmente en la población más vulnerable, promoviendo la igualdad de oportunidades y disminuyendo las barreras que obstaculizan el acceso universal de los servicios de salud de calidad, basados en la evidencia científica a nivel nacional e internacional. Para lograr dichos fines, este instrumento establece lineamientos que buscan fortalecer la rectoría y la prestación de los servicios de todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud y de los diferentes niveles de gobierno. El propósito es ampliar las capacidades y oportunidades de las mujeres a ejercer su derecho a un embarazo saludable, un parto seguro y un puerperio sin complicaciones, así como prevenir la discapacidad por defectos al nacimiento y proteger el derecho a la salud del recién nacido, para que a corto y mediano plazo haya un mayor número de mujeres y recién nacidos atendidos por los servicios de salud, organizados en redes resolutivas, que les garantice una atención oportuna y de calidad, también en momentos de urgencia obstétrica y neonatal (SS, 2008a).

El Programa Embarazo Saludable, fue implementado por el gobierno federal en 2008, con la pretensión de garantizar la incorporación de todas las mujeres embarazadas al Sistema de Protección en Salud (Seguro Popular) que voluntariamente lo solicitaran, a razón de no contar con alguna afiliación a la seguridad social (Presidencia de la República, 2011). No obstante, la incorporación de las mujeres embarazadas a este programa es voluntario, lo que les restringe la atención universal –por no estar afiliadas-, además de que los requisitos para tener acceso a los servicios no son sencillos, sobre todo para las mujeres rurales indígenas que no conocen los beneficios de la afiliación, no saben cómo y dónde afiliarse, o en muchos de los casos, no cuentan con todos los documentos oficiales requeridos para inscribirse en el programa (Sesia, 2009).

Finalmente, la Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México fue publicada en 2009. Este instrumento implementado por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR) con base en una propuesta emitida por UNFPA, UNICEF y OMS, identifica tres retardos o demoras que determinan la muerte materna que se convierten en áreas de intervención. El primer componente (tercera demora) refiere el retardo en recibir un tratamiento adecuado; el segundo componente (segunda demora) señala el retardo en que las mujeres embarazadas llegan a un establecimiento adecuado de salud que brinda atención obstétrica; y el tercer componente (primera demora) se sostiene en el retardo en tomar la decisión de búsqueda de la atención.

Además del planteamiento de diversas acciones pertinentes para cada uno de estos estadios de la emergencia obstétrica que puede derivar en una muerte materna y/o neonatal, la Estrategia releva –si bien con menos énfasis– la importancia de la distribución adecuada de métodos anticonceptivos para prevenir embarazos de riesgo o abortos inseguros.

Al respecto, la estrategia retoma a Zúñiga y García (2010), cuando sostienen que las campañas de comunicación que promueven la búsqueda de información y la utilización de los servicios públicos de PF han estado ausentes, sobre todo en el primer nivel de atención. Al mismo respecto Cárdenas (2008) señala que es impostergable la necesidad de fortalecer y ampliar los servicios de PF, además de promover la educación sexual e información sobre anticoncepción a las y los jóvenes, de tal forma que los mexicanos puedan continuar el ejercicio de su sexualidad y reproducción sin detrimento de sus perspectivas de desarrollo escolar, profesional, personal o familiar (CNEGSR, 2009).

Las acciones que hasta el momento se han instrumentado con el fin de promover una maternidad segura, requieren de fuentes de información confiables y oportunas que permitan dimensionar la problemática, identificar poblaciones prioritarias y señalar espacios propicios para la intervención. Sin embargo, a pesar de que México muestra avances muy relevantes en términos de la producción de información necesaria para visibilizar y monitorear estos fenómenos, en el país aún conviven fuentes de información de calidad variable y periodicidad irregular que dificultan el diseño de estrategias o la evaluación de su impacto.

En México, las estadísticas vitales han sido consideradas como una fuente de información fundamental para el análisis de la mortalidad materna (Aguirre, 1997). Estas son generadas con base en los certificados y actas de defunción formulados por la SS y concentradas en el registro civil, para su posterior envío periódico al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), organismo encargado de explotar y difundir este tipo de estadísticas. Sin embargo, la inadecuada clasificación de las causas de muerte de las mujeres y, en mucha menor medida, la omisión del registro de las mismas, ha provocado que algunas defunciones maternas no se clasifiquen como tales (Aguirre, 1997).

A lo largo de los años, se han realizado diversas acciones relacionadas con el mejoramiento de las fuentes de información referentes a la mortalidad materna y neonatal. En 1981, con el propósito de dar cumplimiento a los objetivos planteados en el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), se creó el Comité Técnico del Sector Salud, que tenía como encomienda generar un Programa de Desarrollo Estadístico en Salud que integrara y difundiera información en salud y facilitara la coordinación interinstitucional. Por ello en 1983, dentro de este Comité se consolidó el Grupo Interinstitucional de Información en Salud (GIIS) que por muchos años fue la instancia coordinadora de dar seguimiento a dichos fines.⁴⁷

⁴⁷ Para mayor Información ver página electrónica: <http://sinais.salud.gob.mx/cts/giis/>

En 1994, tomando en consideración las recomendaciones de la OMS, se introdujeron modificaciones al certificado de defunción con el fin de identificar la presencia de complicaciones relacionadas con el embarazo, parto o puerperio entre las mujeres en edad fértil, y estas modificaciones han sufrido ajustes para conseguir cada vez más, un mejor registro (SS, 2009).

En 2003 el gobierno federal, a través de la Dirección General de Información en Salud (DGIS), se propuso corregir el subregistro y la mala clasificación de muertes maternas a partir del estudio de los certificados de defunción, expedientes clínicos, resultados de necropsias, dictámenes de mortalidad, aclaraciones de los certificantes y la realización de autopsias verbales⁴⁸ (CONEVAL, 2012).

La necesidad de contar con cifras confiables sobre el número de defunciones maternas, sus causas de muerte y la tasa de mortalidad materna, impulsó la búsqueda intencionada y reclasificación de las muertes maternas sospechosas y confirmadas de todo el país con apoyo de la metodología RAMOS (Reproductive Age Mortality Survey), estrategia coordinada por la DGIS. Otras actividades, como la notificación inmediata, documentación, análisis y dictamen de los casos confirmados por grupos y comités estatales de mortalidad materna, a efecto de detectar los eslabones críticos y establecer las medidas de prevención desde los niveles locales, son de la competencia de los Servicios Estatales de Salud (SESA), de la Dirección General de Epidemiología (DGE) y el CNEGSR.

Desafortunadamente la aplicación de la metodología RAMOS ha sido rebasada por la inclusión de nuevas causas de muerte, la alta rotación del personal de estadísticas, epidemiología o salud reproductiva, factores que provocan un rezago en el dominio de la instrumentación del método y en la búsqueda y clasificación de las muertes. A estos factores podría sumarse la posible omisión deliberada de casos reales de muertes maternas en las unidades locales de salud (SS, 2009).

En síntesis, la riqueza de la normatividad institucional generada en los últimos años haría suponer mejoras en la calidad de la atención y servicios obstétricos orientados a garantizar la salud de las mujeres y de los neonatos. Sin embargo, y en contraste con lo esperado, los rezagos son aún evidentes, en particular cuando se analiza a los grupos más vulnerables, tales como las madres adolescentes, mayores de 35 años de edad y residentes en localidades rurales o de zonas marginadas e indígenas.

⁴⁸ La autopsia verbal es un método de indagación cuyo objetivo es reconocer si la causa de la muerte estuvo relacionada con el embarazo, parto o posparto, identificar cuáles fueron estas causas y los factores que contribuyeron a su deceso prematuro, así como la trayectoria que siguió en la búsqueda de atención antes de morir. La autopsia verbal se realiza a través de entrevistas dirigidas a los familiares de las mujeres fallecidas. En México existe un formato estandarizado que consta de dos apartados: uno que permite a los familiares relatar los hechos y otro con preguntas abiertas o semiabiertas.

5. OPORTUNIDADES Y RECOMENDACIONES

A partir del diagnóstico anterior, es posible identificar algunas áreas de oportunidad relevantes. Si bien éstas no tienen un carácter exhaustivo, sí se dirigen a diversas áreas de esta compleja problemática.

Antes, vale la pena detenerse a apreciar la riqueza de información, diagnósticos y estrategias que México ya ha desarrollado. En ese sentido, la persistencia de la mortalidad materna y la neonatal tiene menos que ver con la ausencia de programas que con la falta de aplicación de los mismos. Así, la primera recomendación y, sin duda, la más enfática, es promover la instrumentación sistemática de las acciones ya diseñadas. A continuación se mencionan otras acciones complementarias:

1. Se sugiere colaborar en el diseño de estrategias o modelos de atención que mejoren la organización entre las redes institucionales médicas, con el propósito de fomentar la calidad de la atención materna, tanto en embarazos sin riesgo como con urgencias obstétricas.
2. Fortalecer las acciones de información y consejería para las mujeres, su pareja y la familia. Información en términos de identificar factores de riesgo y posibles padecimientos que pongan en riesgo la salud y la vida de las mujeres y los neonatos; y consejería en materia de nutrición, prevención de enfermedades crónico degenerativas, PF –incluyendo ITS, anticoncepción, aborto-, y educación sexual, todo ello con apego a su derechos sexuales y reproductivos. Un buen recurso para dichos fines es la utilización de la consulta prenatal.
3. Es prioritario transmitir información sobre planificación familiar, garantizar la oferta y oportunidad de servicios a los diferentes grupos poblacionales y especialmente a los más vulnerables, para evitar embarazos de alto riesgo como son los que ocurren antes de los 20 y después de los 35 años, con el propósito de reducir en el corto plazo la incidencia de mortalidad materna.
4. En áreas urbanas y metropolitanas es necesario regular las clínicas privadas que carecen de certificación y que propician que un mayor número de mujeres sean atendidas en el sector público por presentar complicaciones obstétricas que no son atendidas oportunamente en el privado.
5. La tendencia creciente de la mortalidad materna por causas indirectas conmina al fortalecimiento de la revisión prenatal como instrumento para la detección y atención oportunas de padecimiento que pudiesen dificultar el desarrollo del embarazo o ser

factores de riesgo al momento del parto. Lo anterior es particularmente relevante en un contexto de crecimiento acelerado de padecimientos crónico degenerativos como la diabetes o la hipertensión, cada vez a edades más jóvenes.

6. En comunidades dispersas, sin servicios cercanos, se requiere fortalecer mecanismos de búsqueda y seguimiento de embarazadas para la atención temprana y continua del control prenatal.
7. Es urgente incrementar acciones que fomenten una participación integral de las autoridades locales y las autoridades federales, en favor de la reducción de los niveles de mortalidad materna y neonatal. La relación entre los distintos niveles de gobierno deberá ser una de acompañamiento y no sólo de vigilancia coercitiva que dificulta la sensibilización del personal involucrada con la problemática y sus vínculos con la población. La carga de responsabilidad del personal médico en la muerte de mujeres y niños por razones reproductiva es inmensa y la falta de un acompañamiento armonioso –que también se traduzca en mayor dotación de recursos de todo tipo- favorece las relaciones hostiles entre los profesionales y los pacientes.
8. Es fundamental que los programas estén sujetos a reglas de operación y por tanto a la obligatoriedad de su evaluación. La evaluación, monitoreo, transparencia y la rendición de cuentas deberán ser elementos fundamentales para la reducción de la mortalidad materna y neonatal, que motiven la participación de otros actores, como las OSC, las ONG y las agencias nacionales e internacionales interesadas en estos fenómenos.
9. Dada la elevada proporción de población que, como resultado de la carencia de acceso a servicios de salud, o bien, por aspectos propios de la cultura, aún recurren a parteras, es imprescindible que se fortalezcan las estrategias de profesionalización de estas figuras. Esta estrategia podría contribuir a mediano plazo a que los problemas de atención a la salud materna se contenga.
10. Tratándose de población indígena y residentes en comunidades distantes, son indispensables las campañas masivas de comunicación para que las familias y las mujeres conozcan los signos y síntomas de emergencia obstétrica, así como de los padecimientos locales más frecuentes, información de PF y educación sexual. Adicionalmente, es fundamental generar la información en las diferentes lenguas originarias, para su mayor comprensión.
11. En el contexto de multiculturalidad es necesaria la capacitación para el personal de salud, para atender a las mujeres con culturas distintas, evitando prejuicios, discriminación o cualquier otra situación que no sólo atenta contra el derecho a la salud

de la población, sino que tiene un efecto psicológico y fisiológico nocivo en el desarrollo de un evento obstétrico.

12. Es indispensable continuar en la búsqueda de otros indicadores que permitan nutrir los diagnósticos y el análisis sobre los factores asociados con muertes maternas o neonatales. En este sentido, un tema poco estudiado en México, tanto a nivel conceptual como de operacionalización a través de indicadores específicos con fuentes de información pertinentes, es el de la calidad de los servicios. No es difícil suponer que si los problemas persisten, a pesar de que indicadores como el número de revisiones prenatales o la profesionalización del parto, es porque la calidad de los procedimientos puede no ser la más alta.

CAPÍTULO 4: ACCESO Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE CALIDAD DE PLANIFICACIÓN DE LA FAMILIA PARA PERSONAS INDIVIDUALES Y PAREJAS, DE CONFORMIDAD CON SUS RESPECTIVAS INTENCIONES EN CUESTIONES REPRODUCTIVAS

1. INTRODUCCIÓN

La planificación familiar goza de amplio reconocimiento como mecanismo efectivo para múltiples propósitos, entre ellos, el control del crecimiento demográfico, la disminución de la mortalidad materna e infantil, la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) e, incluso, la reducción de la pobreza, toda vez que contribuye a disminuir la relación de dependencia al interior de los hogares y, con ello, mejorar la distribución de recursos –de todo tipo- entre sus miembros.

Pero sobre todo, la planificación familiar, entendida como un conjunto de prácticas⁴⁹ que buscan brindar a las personas los elementos para tomar decisiones libres, informadas y responsables en torno a su sexualidad y reproducción, es la principal herramienta para propiciar el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, y es uno de los ámbitos de intervención más importantes que el Estado tiene para garantizarlos.

Sin embargo, en México el posicionamiento de la planificación familiar en la agenda pública y, por ende, el impulso que se le brinda desde las instancias públicas, ha sufrido diversos altibajos después del gran aliento que recibió en la década de los años setenta, cuando demostró su efectividad en la disminución del acelerado incremento de la población.

Si bien no representa un consuelo, el desplazamiento de la planificación familiar como tema prioritario en la agenda pública es una situación extendida en el mundo. En la medida en que el propósito principal con el que la planificación familiar fue planteada –reducir y estabilizar el crecimiento poblacional- se alcanzó en la gran mayoría de los países en vías de desarrollo, los recursos nacionales y los flujos de ayuda internacional destinados a este fin decrecieron. En este sentido, la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) celebrada en 1994 en El Cairo, contribuyó a revitalizar la importancia de este tema, ahora dentro del marco de los derechos sexuales y reproductivos.

Empero, conforme otros temas relacionados con la salud sexual y reproductiva han cobrado importancia –como la mortalidad materna, el combate al VIH/sida y al cáncer cérvico uterino y de mama, entre otros- la relevancia de los programas de planificación familiar y anticoncepción se ha visto diluida, lo cual se refleja en el presupuesto orientado a estas acciones y en la emisión de donativos internacionales con este fin (Cleland *et al.*, 2006).

⁴⁹ Las prácticas a las que se alude son la educación en sexualidad, la prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, la asesoría antes, durante y después del embarazo, así como el tratamiento de la infertilidad.

En lo que concierne a México, a pesar de que el país ha avanzado de manera notable en materia de planificación familiar, lo cual se traduce en una mayor autonomía de la población para hacer efectivas sus decisiones y deseos en materia sexual y reproductiva, existen todavía rezagos importantes en ciertos sectores de la población.

Como en el resto de los capítulos hasta ahora revisados, en este acápite inicia por describir el marco institucional que da sustento a los servicios de planificación familiar, señalando los diversos instrumentos jurídicos y programáticos que norman las acciones en la materia. También se analizan las principales brechas que existen entre grupos específicos de población, particularmente en el acceso a las tecnologías de planificación familiar. Se analizan algunos aspectos institucionales que podrían contribuir a la persistencia de dichas desigualdades y, finalmente, se identifican las áreas de oportunidad sobre las que se podría trabajar con intervenciones específicas tendientes a garantizar el acceso de la población que lo requiera, a los medios necesarios para planificar una vida sexual y reproductiva saludable, satisfactoria, responsable e informada.

2. EL MARCO LEGAL DE SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MÉXICO

Un logro sustantivo de la institucionalización de la política de población fue la incorporación al artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) del derecho de las personas a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de su descendencia, en un marco en el que se reconoce la igualdad ante la ley de hombres y mujeres.⁵⁰

Esta reforma constitucional es producto del reconocimiento del papel crítico que juega la planeación familiar en el control del crecimiento de la población, en un momento de la historia demográfica del país en el que la población crecía a razón anual de tres individuos por cada cien y la fecundidad promedio ascendía a seis hijos por mujer.

Esta preocupación se manifestó meses antes en la propia Ley General de Población (LGP) de 1974, la cual en su artículo 3° atribuye a la Secretaría de Gobernación la facultad de dictar, ejecutar o promover las medidas necesarias para, en primer lugar, adecuar los programas de desarrollo social y económico a las necesidades que plantease la dinámica demográfica del país; y, en segundo lugar, “realizar programas de planeación familiar a través de los servicios educativos y de salud pública de que disponga el sector público, y vigilar que dichos programas y los que realicen los organismos privados, se lleven a cabo con absoluto respeto a los

⁵⁰ La reforma al Artículo 4° constitucional se realizó en diciembre de 1974, después de la creación de la Ley General de Población en enero del mismo año.

derechos fundamentales del hombre y preserven la dignidad de las familias, con el objeto de regular racionalmente y estabilidad el crecimiento de la población, así como lograr el mejor aprovechamiento de los recursos humanos y naturales del país” (DOF, 1974).

El propio Reglamento de la LGP contiene una sección completa (la segunda) sobre planificación familiar, conformada por once artículos (del 13 al 23), en los que ésta se define como “el ejercicio del derecho de toda persona a decidir, de manera libre, responsable e informada, sobre el número y espaciamiento de sus hijos y a obtener la información especializada y los servicios idóneos”.

En el resto de los artículos se enfatiza la naturaleza indicativa y permanente de los programas de planificación familiar, por lo que se hace referencia constante a la obligación de los servicios públicos de informar de manera general e individualizada, clara y llana, sobre los beneficios de planear el número de hijos que se desea tener y el momento adecuado para tenerlos, tanto sobre el desarrollo propio y de la familia, como de la colectividad. La información brindada debe permitir a los usuarios elegir la tecnología anticonceptiva más conveniente a sus necesidades, sin coacción de ningún tipo por parte de los servidores de salud.

Asimismo, se releva la importancia de incorporar a los servicios de planificación familiar enfoques de género, salud reproductiva y cultura demográfica, poniendo especial atención a los jóvenes y adolescentes.

Por su parte, el artículo 2° de la Ley General de Salud (LGS) de 1984 reconoce a la planificación familiar como parte del derecho a la protección de la salud, sancionado en el artículo 4° de la CPEUM. Esta Ley dedica su capítulo VI a dicho componente de la salud reproductiva y le atribuye un carácter prioritario. En los cinco artículos que conforman este capítulo se establece la obligación de promover, en coordinación con el CONAPO y los servicios educativos, los programas y servicios de planificación familiar. También se estipula la atención y vigilancia de la población usuaria de métodos anticonceptivos, así como la creación de mecanismos para la adquisición, almacenamiento y distribución de insumos para la planificación familiar.

En 2003 se crea la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (LFPED). En contraste con la LGE esta Ley sí establece disposiciones específicas en materia de acceso a información sobre educación sexual y tecnologías para la planificación familiar. La inclusión de este tema en un instrumento jurídico de reciente creación orientado a erradicar acciones discriminatorias, puede interpretarse como el reconocimiento de la falta de condiciones permanentes, sistemáticas y universales para el ejercicio del derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre la propia vida sexual y reproductiva.

Así, la fracción VI del artículo 9 de la LFPED señala como conducta discriminatoria “negar o limitar información sobre derechos reproductivos o impedir el libre ejercicio de la

determinación del número y espaciamiento de los hijos e hijas”. En el artículo 10, donde se establecen las medidas positivas y compensatorias que los órganos públicos deberán llevar a cabo a favor de la igualdad de oportunidades, la fracción II señala entre ellas “ofrecer información completa y actualizada, así como asesoramiento personal sobre salud reproductiva y métodos anticonceptivos”, mientras que la fracción III se refiere a la necesidad de “garantizar el derecho a decidir sobre el número y espaciamiento de sus hijas e hijos, estableciendo en las instituciones de salud y seguridad social las condiciones para la tención obligatoria de las mujeres que lo soliciten”.⁵¹ Finalmente, el artículo 11, que trata sobre las medidas para la igualdad de oportunidades entre niñas y niños, indica en su fracción segunda la obligación de “impartir educación para la preservación de la salud, el conocimiento integral de la sexualidad, la planificación familiar, la paternidad responsable y el respeto a los derechos humanos” (DOF, 2003).

En otro nivel se encuentran las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) que regulan la prestación de servicios de planificación familiar y otros procedimientos relacionados con la salud sexual y reproductiva de la población. La NOM más relevante en la materia es la NOM de los Servicios de Planificación Familiar (NOM-005-SSA2-1993) publicada en su versión actualizada en el Diario Oficial de la Federación (DOF) en 2004. En ella se establecen las disposiciones generales y particulares para la prestación de dichos servicios. De acuerdo con la propia NOM, su objetivo es unificar los principios, criterios de operación, políticas y estrategias de planificación familiar, tanto en el ámbito público como privado, desde el enfoque de atención a la salud reproductiva.⁵²

México cuenta con un Programa Nacional de Planificación Familiar desde 1977. De entonces a la fecha, como señalan Mendoza *et al.* (2009) ha sido interesante observar la evolución de los argumentos que sostienen las acciones en esta materia, los cuales han transitado del énfasis en la necesidad de controlar el crecimiento de la población a la sensibilización en ámbitos tan importantes como la perspectiva de género y el enfoque de derechos, especialmente aquellos relacionados con la vida sexual y reproductiva.

El Programa vigente en la materia (Programa de Acción Específico 2007-2012, Planificación familiar y Anticoncepción, PAE 2007-2012), diseñado e instrumentado por la Secretaría de Salud, tiene por objeto principal “contribuir a que la población mexicana disfrute de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, mediante servicios de calidad en planificación familiar y anticoncepción, con absoluto respeto a sus derechos y a su libre decisión” (Secretaría de Salud, 2008b). Con este fin, el Programa considera siete estrategias

⁵¹ Es interesante reflexionar sobre la omisión en la Ley respecto a la atención obligatoria para la población masculina que soliciten este tipo de servicios en las instituciones públicas.

⁵² Entre los cambios más relevantes realizados a la versión original de la NOM se encuentra la inclusión de la anticoncepción de emergencia entre los métodos ofrecidos a la población.

con sus respectivas líneas de acción, que buscan fortalecer la oferta y la demanda de los servicios de planificación familiar y anticoncepción, aterrizar una perspectiva de derechos reproductivos y de género en los servicios y fortalecer la atención a grupos vulnerables.

Cuadro 1. Estrategias del Programa de Acción Específico de Planificación Familiar y Anticoncepción 2007-2012	
ESTRATEGIA 1. Contribuir en la modificación de los determinantes que interfieren en el conocimiento y utilización de métodos anticonceptivos modernos mediante acciones de promoción de la salud, promoviendo la sexualidad responsable y protegida, los roles y relaciones de género equitativas	ESTRATEGIA 4. Establecer mecanismos que aseguren un abasto de insumos anticonceptivos suficientes, oportunos y de calidad para la prestación de los servicios de planificación familiar y anticoncepción en todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud que brindan servicios de planificación familiar y anticoncepción
ESTRATEGIA 2. Favorecer el acceso y oferta de servicios de planificación familiar y anticoncepción de calidad	ESTRATEGIA 5. Fortalecer la competencia técnico administrativa y en derechos reproductivos de los prestadores de servicios en la atención de la planificación familiar y anticoncepción
ESTRATEGIA 3. Promover que se focalicen actividades de alto impacto y bajo costo que favorezcan el reducir los rezagos en salud reproductiva en población urbano-marginada, rural e indígena	ESTRATEGIA 6. Favorecer la participación del hombre en las decisiones reproductivas de la pareja y su familia, con absoluto respeto a las decisiones de la mujer
	ESTRATEGIA 7. Fortalecer la coordinación interinstitucional para que las acciones tengan mayor impacto.

Fuente: Secretaría de Salud, 2008.

El Programa se encuentra directamente vinculado con el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2007-2012, de manera particular en lo que corresponde a su objetivo 6, el cual propone reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables mediante, entre otros, su estrategia 6.1., consistente en promover la salud reproductiva y la salud materna y perinatal, propósito para el cual se reconoce a la planificación familiar y la anticoncepción como insumos críticos.

Finalmente, durante la presente administración se presentó el Programa de Acción Específico 2007-2012 Salud Sexual y reproductiva para Adolescentes. Este programa comparte con el PAE de Planificación familiar y anticoncepción buena parte de los argumentos legales y jurídicos para sustentar el acceso de los adolescentes a la salud sexual y reproductiva pero, además, cuenta con el respaldo de la Ley de Protección de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, cuyos incisos G, H y J hacen alusión a la instrumentación de acciones coordinadas para evitar embarazos tempranos, violencia familiar e infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/sida (Secretaría de Salud, 2008d).

Este Programa tiene un ambicioso objetivo general: “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 inequidades sociales y que promuevan el respeto y ejercicio de sus derechos humanos, en

particular sus derechos sexuales y reproductivos” (Secretaría de Salud, 2008b). Para ello, busca instrumentar las estrategias que aparecen en el cuadro 2.

Cuadro 2. Estrategias del Programa de Acción Específico 2007-2012 Salud sexual y reproductiva en adolescentes	
ESTRATEGIA 1: Promover acciones de información, educación y comunicación para sensibilizar a las diferentes audiencias sobre la importancia de la prevención, la adopción de conductas saludables en salud sexual y reproductiva para disminuir los riesgos que tienen los adolescentes al tener prácticas sexuales sin protección y difundir los beneficios de que ejerzan sus derechos sexuales y reproductivos responsablemente.	ESTRATEGIA 3: Sensibilizar a los prestadores de servicios para atender las necesidades de las y los adolescentes en materia de salud sexual y reproductiva.
ESTRATEGIA 2: Mejorar el acceso y calidad de los servicios en salud sexual y reproductiva para las y los adolescentes.	ESTRATEGIA 4. Mejorar la competencia técnica de los prestadores de servicios de salud
	ESTRATEGIA 5. Mejorar los sistemas de información en salud sexual y reproductiva del adolescente a fin de conocer, monitorear y evaluar el avance en las acciones.

3. ANÁLISIS DE BRECHAS EN EL ACCESO A SERVICIOS DE CALIDAD DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

El interés del PAE sobre planificación familiar y anticoncepción e, incluso, del propio PND 2007-2012 en los grupos de población más rezagados en esta materia, encuentra fundamento en una amplia producción de diagnósticos que hacen evidente los avances en la atención de la salud reproductiva de la población, pero también las brechas persistentes entre grupos bien identificados.

Desde finales de la década de los años setenta, México cuenta con información estadística vasta que ha permitido dar seguimiento indicadores críticos como el conocimiento sobre métodos anticonceptivos, la prevalencia de su uso, la mezcla de métodos o la demanda insatisfecha de anticoncepción, entre otros. A partir de estas fuentes ha sido posible analizar el comportamiento de las variables tradicionales respecto algunos atributos sociodemográficos que se asocian con mayor o menor nivel de salud sexual y reproductiva, tales como el nivel de escolaridad, el tipo de localidad de residencia, la pertenencia a grupos indígenas, entre otros.

A lo largo de las últimas décadas, los nutridos diagnósticos elaborados al respecto han permitido identificar escenarios para la atención prioritaria que, en diferentes momentos y con acciones diversas, han logrado mejorar el desempeño no sólo en los indicadores asociados con la planificación familiar, sino con la salud reproductiva en general. Sin embargo, dichos estudios también han mostrado, una y otra vez, el acceso diferenciado que grupos diversos de la población tienen tanto a servicios como a tecnologías anticonceptivas, así como también han documentado la aparición de nuevos fenómenos que requieren atención oportuna.

En 2010 la población femenina de México ascendía a 57.5 millones, entre las cuales 53.4% se

encuentra en edades fértiles (15-49 años). Entre ellas, cerca de seis de cada diez se encuentran unidas, poco más de la tercera parte permanece soltera y sólo una de cada diez alguna vez estuvo casada o unida (INEGI, 2011).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2009, la Tasa Global de Fecundidad (TGF) ascendió a 2.2 hijos por mujer en el trienio 2006-2008 y el patrón de fecundidad se encuentra en una fase dilatada, toda vez que los mayores niveles de fecundidad se concentran entre los 20 y 29 años de edad. Tanto en el descenso del nivel de la fecundidad, como en la transformación gradual de la estructura por edad de este fenómeno, el uso de tecnología anticonceptiva ha jugado un papel fundamental.

El comportamiento reproductivo de la población se encuentra estrechamente relacionado con la edad a la que las mujeres experimentan distintos eventos en su vida asociados con su actividad sexual y reproductiva, tales como la primera relación sexual, la primera unión y el nacimiento de su primer hijo. La edad a la que las mujeres experimentan estas transiciones en México no ha variado de manera sustantiva en los últimos años, teniendo que, en general, la edad mediana a la primera relación sexual es de 17.8 años; la mitad de las mujeres se unió por primera vez a los 19.6 años y una proporción idéntica de mujeres tuvo a su primer hijo a los 20.5 años de edad (CONAPO, 2012).

Esta secuencia varía con respecto a ciertas características sociodemográficas de la población, entre las que se encuentran el nivel de escolaridad, el tamaño de la localidad de residencia y la pertenencia indígena. Así, mientras el 66.8% de las mujeres residentes en ámbitos rurales se une antes de los 20 años, en las ciudades esta proporción se reduce a 52.1%. Los mismos atributos se asocian con diferencias en los niveles de fecundidad de las mujeres, generando escenarios en los que resulta evidente que la población que se encuentra en un mayor rezago socioeconómico, como los grupos indígenas y los residentes en áreas rurales, tienden a procrear descendencias mayores (cuadro 3).

Cuadro 3. Tasa de fecundidad de mujeres en edad fértil, según características seleccionadas, 2009			
Total	2.2		
Grupos de edad*		Nivel de escolaridad	
15 - 19	69.5	Sin escolaridad	3.3
20 - 24	128.1	Primaria incompleta	3.3
25 - 29	115.8	Primaria completa	2.9
30 - 34	82.6	Secundaria y más	2.1
35 - 39	40.8		
40 - 44	9.6		
45 - 49	1.1		
Lugar de residencia		Habla de lengua indígena	
Rural	2.9	Habla	3.2
Urbano	2.1	No habla	2.2

Fuente: estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009.

Nota*: para los grupos de edad se muestran las tasas específicas de fecundidad que equivalen a los nacimientos provenientes de madres de esas edades, por cada mil mujeres en el correspondiente grupo de edad.

Un indicador que mantiene no sólo su nivel sino su posición en la trayectoria de eventos es la edad al uso del primer método anticonceptivo. Contrario a lo deseable, cerca de la quinta parte de las mujeres en edad fértil (MEF) no usó un método para prevenir el embarazo o la infección de enfermedades en su primer encuentro sexual. Si bien éste es un fenómeno cada vez menos frecuente entre las mujeres más jóvenes, en 2009 dos de cada tres mujeres adolescentes declararon que ni ellas ni sus parejas utilizaron algún método anticonceptivo en esa ocasión.

De hecho, en México la edad mediana al uso del primer anticonceptivo son los 21.7 años, es decir, después de haber tenido al primer hijo. Ello refleja la gran necesidad de fortalecer el enfoque preventivo de los servicios de anticoncepción, en particular cuando se conoce que uno de cada cinco embarazos no fue planeado y uno de cada diez no fue deseado. Esta situación es particularmente severa entre las adolescentes, sector en el que poco más de la cuarta parte de los embarazos no fueron planeados y una proporción muy cercana tampoco fueron deseados (Mendoza *et al.*, 2011).

CONOCIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

El análisis sobre las causas de los embarazos no planificados o no deseados, así como del incremento en las prevalencias de ciertas ITS (ver capítulo 5) tiende a señalar a la cantidad y calidad de la información sobre métodos anticonceptivos con la que cuenta la población como un elemento crítico.

De acuerdo con los últimos datos disponibles, en México el conocimiento sobre la existencia de distintos métodos anticonceptivos es prácticamente universal (98% en 2009) entre las mujeres en edad fértil. El conocimiento tiende a ser mayor entre la población con mayor nivel de escolaridad (99.4% entre mujeres con secundaria y más, contra 82.6% en mujeres sin escolaridad), residentes en áreas urbanas (99.1% contra 93.4% entre mujeres rurales), no

hablantes de lengua indígena (98.7% contra 85.1% entre las hablantes, el nivel más bajo entre todas las mujeres).

Estadísticas favorables como éstas contrastan con el bajo nivel de uso de anticoncepción al inicio de la actividad sexual y con la notable proporción de embarazos no planeados o deseados, revelando que la práctica anticonceptiva involucra una serie amplia de elementos que trascienden el conocimiento.

Adicionalmente, es posible que la forma en la que se indaga sobre este tipo de información en las encuestas (haber oído hablar de) resulta a todas luces insuficiente; es preciso aproximarse a la calidad del conocimiento con el que se cuenta tanto en materia de métodos (su existencia y uso correcto) como de los procesos biológicos alrededor de la sexualidad y la reproducción.

USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

El porcentaje de mujeres en edad fértil unidas (MEFU) que utilizan métodos anticonceptivos es un indicador que forma parte del sistema de indicadores de seguimiento de la meta 5.B “Lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva” del Objetivo 5 de los ODM que alude al mejoramiento de la salud materna.

En 2006, la prevalencia anticonceptiva entre mujeres en edad fértil unidas ascendió a 70.6% y en 2009 a 72.5. Se trata de un porcentaje ya elevado, cuyo incremento será gradualmente más complejo.

Dadas las paulatinas transformaciones en el comportamiento sexual y reproductivo de la población, la oferta de servicios de salud sexual y reproductiva también debe considerar a la población de mujeres sexualmente activas, independientemente de su condición conyugal, las cuales representaban en 2009 al 53% de las mujeres en edades fértiles. En 2009, la prevalencia en este grupo de la población era de 76.6%.

Como en el caso de la fecundidad, el uso de métodos anticonceptivos también varía en función del perfil sociodemográfico de las mujeres. Así, mientras la prevalencia entre mujeres en edad fértil unidas sin escolaridad asciende a 60.5%, esta proporción es de 74.4% entre las mujeres con estudios de secundaria y más. Entre las mujeres urbanas en edades fértiles y unidas, el uso de métodos anticonceptivos asciende a 75.1%, mientras que en el medio rural es de sólo 63.7%. La brecha es aún más evidente con respecto a la población hablante de lengua indígena, cuya prevalencia asciende a 58.3%, en contraste con el 73.5% entre las mujeres no hablantes de lengua indígena. De igual manera, en entidad con mayores índices de marginación, como Chiapas, Guerrero o Oaxaca, los niveles de uso de anticoncepción se encuentran a más de 15 puntos porcentuales de distancia del nivel nacional (CONAPO, 2012).

De manera previsible, el uso de métodos anticonceptivos se modifica con la edad, toda vez que conforme ésta aumenta se alcanza el tamaño de descendencia deseado. Así, en 2009 cerca de 45% de las mujeres entre 15 y 19 años de edad, unidas, utilizaban algún método anticonceptivo, mientras que 73.1% de aquéllas entre 30 y 34 años hacía lo propio.

La elección de un método anticonceptivo aporta información sobre el objetivo que el uso de los mismos tiene para las mujeres, esto es, si su utilización tiene como finalidad espaciar o limitar la descendencia. Como se mencionó previamente, entre la población femenina del país la edad mediana al uso del primer método anticonceptivo es alrededor de dos años posterior al nacimiento del primer hijo nacido vivo, lo cual sugiere que se les concibe como medios para planificar la descendencia una vez que ya ha comenzado la vida reproductiva y no necesariamente como herramientas para postergar el inicio de la procreación.

En muy buena medida, este comportamiento se ve reforzado por la relevancia que en el sistema público de salud se le otorga a la oferta de anticoncepción posterior a un evento obstétrico. La línea de acción 2.2 correspondiente a la Estrategia 2 del PAE de Planificación Familiar y Anticoncepción, relativa al acceso y oferta de métodos y servicios de calidad, establece la necesidad de “Mejorar la oferta de servicios de calidad en planificación familiar y anticoncepción de calidad en toda la población, priorizando el fortalecimiento de la anticoncepción post evento obstétrico en los hospitales que atienden el mayor número de eventos obstétricos en cada entidad federativa e institución”. Para ello, se privilegia la oferta de métodos definitivos para mujeres que declaraban ya haber alcanzado la descendencia deseada y de dispositivos intrauterinos para quienes deseaban tener más hijos.

Con fines de monitoreo, el Programa considera como una meta alcanzar, a nivel nacional, una cobertura de anticoncepción post evento obstétrico de 70 por ciento, partiendo de una línea basal en 2006 de 59.6 por ciento. De acuerdo con la ENADID de 2009, este indicador ascendía a 58.7 por ciento de las usuarias de métodos anticonceptivos. Si bien en 1997 la proporción de mujeres que adoptaban un método después de un parto era apenas superior al 40 por ciento, es posible que la meta programática establecida no se alcance.

Entre las preferencias anticonceptivas de las usuarias se observa una clara predominancia de los métodos modernos, especialmente de los quirúrgicos, entre los cuales resalta la oclusión tubaria bilateral (OTB) (50.1%), seguida del DIU (16.1%) y de los métodos locales (10.1%, del cual 10.0 corresponde al condón).

El uso de determinado método se encuentra afectado por la edad de la usuaria y refleja su necesidad de espaciar o limitar los nacimientos. Así, entre las adolescentes unidas el método más socorrido es el preservativo (cerca de 40%), seguido del DIU (23.3%). El uso del dispositivo aumenta entre las mujeres de 20 a 29 años (entre 23 y 27%) pero es rápida y abrumadoramente desplazado por la OTB a partir de los 30 años de edad, llegando a ser usado por tres de cada

cuatro mujeres entre los 45 y 49 años de edad (CONAPO, 2012).

Toda vez que la prevalencia de uso de métodos para la anticoncepción se trata de un indicador para monitoreo, los ODM no contemplan una meta cuantitativa al respecto.

Empero, el PAE sobre planificación familiar y anticoncepción estableció como meta para el 2012 alcanzar una cobertura de 75%.⁵³ Como ya fue referido, el porcentaje de mujeres en edad fértil unidas que utilizan tecnologías anticonceptivas para limitar o espaciar el número de hijos es elevado y el ritmo de crecimiento de este indicador tiende a ser cada vez más lento. Entre 1992 y 2009, la prevalencia anticonceptiva aumentó alrededor de 0.8% promedio anual, mostrando incrementos menores conforme el porcentaje es mayor. Suponiendo que esta tendencia permaneció constante entre 2009 y 2012, para este último año podría esperarse una prevalencia de 74%, un punto porcentual inferior a la meta establecida.

Desafortunadamente, durante 2012 no se levantó la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, fuente a partir de la cual se estima la medición oficial del indicador. Sin embargo, es previsible que el logro de la meta dependa en buena medida del impulso que se dé a la anticoncepción entre grupos prioritarios, en especial las adolescentes, quienes presentan los niveles más bajos de uso y los porcentajes más elevados de embarazos no planificados o deseados.

DEMANDA INSATISFECHA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Otro indicador que interesa respecto al comportamiento reproductivo de las mujeres es la necesidad insatisfecha de anticoncepción (NIA), la cual se observa en mujeres expuestas al riesgo de embarazarse y que, a pesar de no desear tener hijos o querer espaciar su concepción, no hacen uso de ningún método anticonceptivo. Este indicador también forma parte de aquellos que dan seguimiento a la meta 5.B. de los ODM. Como en el caso de la prevalencia, no se planteó ninguna meta al respecto, aunque el PAE de planificación familiar establece como meta al 2012 reducir en porcentajes diferenciados la NIA en las entidades con mayores rezagos, respecto a los niveles que el indicador mostró en 2006.

En México se han hecho esfuerzos importantes para disminuir la NIA, logrando una reducción de más del 50% entre 1987 y 2009. Sin embargo, las acciones tendientes al abatimiento de esta situación deben continuar y, aun, intensificarse, toda vez que los rezagos en la materia reflejan condiciones de aguda desigualdad social, ya que las mujeres que acusan mayores niveles de demanda insatisfecha se encuentran entre la población adolescente, de escasa o nula

⁵³ Esta meta, junto con la de necesidad insatisfecha de anticoncepción y la tasa de fecundidad adolescente establecida en el PAE de Salud sexual y reproductiva para esta población, aparecen también en el Programa Nacional de Población 2008-2012.

escolaridad, hablante de lengua indígena y residente en entornos rurales (cuadro 4).

Cuadro 4. Demanda insatisfecha de anticoncepción en mujeres en edad fértil unidas, según características seleccionadas, 2009							
	Total	Espaciar	Limitar		Total	Espaciar	Limitar
Total	9.8	5.2	4.6	Total	9.8	5.2	4.6
Grupos de edad				Nivel de escolaridad			
15 - 19	24.6	21.3	3.4	Sin escolaridad	20.0	11.2	8.8
20 - 24	17.7	13.1	4.7	Primaria incompleta	14.2	5.9	8.3
25 - 29	14.4	8.7	5.7	Primaria completa	11.0	5.5	5.5
30 - 34	11.0	4.8	6.2	Secundaria y más	8.3	5.0	3.3
35 - 39	6.6	1.8	4.8				
40 - 44	4.5	0.6	3.9				
45 - 49	3.2	0.4	2.8				
Lugar de residencia				Habla de lengua indígena			
Rural	15.9	8.4	7.5	Habla	21.5	10.8	10.8
Urbano	8.1	4.3	3.8	No habla	9.0	4.8	4.2

Fuente: estimaciones del CONAPO con base en ENADID 2009.

El mismo cuadro muestra que en la mayoría de las poblaciones que es posible distinguir, las necesidades de anticoncepción destinada a espaciar los nacimientos son mayores que aquéllas para limitarlos. En sentido opuesto, como se mostró en el apartado anterior, la oferta de métodos parecería orientada hacia la suspensión definitiva de la reproducción.

El PAE en materia de planificación familiar y anticoncepción se propone como meta al 2012 disminuir en al menos 20% la NIA de Chiapas, Guanajuato, Guerrero, Michoacán, Oaxaca y Puebla. Entre 2006 y 2009 la mayoría de estas entidades habían rebasado dicha meta. Sólo Chiapas y Michoacán no mostraron prácticamente variaciones en sus elevados niveles de NIA (22.6 y 15.0%, respectivamente en 2009).

El PAE contempla también la disminución del indicador en al menos diez por ciento en los estados de Tlaxcala, San Luis Potosí, Hidalgo, Veracruz, Zacatecas, Querétaro, Aguascalientes, Durango, Estado de México, Jalisco y Tabasco. Nuevamente, entre 2006 y 2009 la meta fue superada por la mayoría de las entidades con excepción de Jalisco y Tlaxcala: en el primero la NIA permaneció igual (descenso de 0.4%) y en el segundo aumentó 1.4%.

Lo anterior es reflejo de la heterogeneidad de escenarios que existen en el país y apuntan hacia la necesidad de considerar acciones específicas, no sólo para poblaciones particulares, sino para contextos sociales, políticos y culturales diferenciados que, si bien deberían ajustarse – haciendo las adaptaciones necesarias- a un mismo sentido de política diseñada desde el ámbito federal, en la realidad trabajan de manera desigual, orientadas por prioridades distintas.

ANTICONCEPCIÓN Y REPRODUCCIÓN EN ADOLESCENTES

Hasta el momento es claro que existen avances importantes en materia de planificación familiar que han incidido sustantivamente en el ejercicio del derecho de la población mexicana

a decidir cuántos hijos tener y cuándo. Sin embargo, las brechas que persisten entre algunos grupos de población expresan situaciones de desigualdad en el acceso a información y medios adecuados para practicar una vida sexual y reproductiva segura y sin consecuencias no esperadas o deseadas.

En este sentido, uno de los grupos cuyo comportamiento sexual y reproductivo presenta signos de mayor vulnerabilidad es el de los adolescentes. Como se analizó previamente, a pesar de que el común denominador de la población mexicana inicia la actividad sexual en la adolescencia, las condiciones en las que esto ocurre son altamente riesgosas: 61.5% de las adolescentes no utilizó ningún tipo de método anticonceptivo en la primera relación sexual, mientras que el 68.6% de los varones sí lo hizo.⁵⁴ Lo anterior preocupa, por un lado, en la medida en que favorece la ocurrencia de embarazos no deseados y la adquisición de infecciones de transmisión sexual y, por el otro, en tanto refleja situaciones de desigualdad de género.

En 2009, 4.5% de las adolescentes estaba embarazada. Entre ellas, cuatro de cada diez declararon no haber planeado su embarazo. En 2006, 6.2% de las adolescentes se encontraban embarazadas y uno de cada cinco embarazos era declarado como no planificado. Es decir, aunque la proporción de adolescentes embarazadas disminuye, la concepción no planeada parece crecer entre este grupo de la población.

De acuerdo con las estadísticas vitales, la proporción de nacimientos anuales que corresponde a las adolescentes ha permanecido relativamente estable en el tiempo, pues en 1990, 17.1% del total de nacimientos ocurrían entre mujeres de 15 a 19 años, mientras que en 2008 esta proporción apenas descendió a 16.4%.⁵⁵

En cuanto al nivel de la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos, en 2009 sólo 44.7% de las adolescentes unidas utilizaba alguno de ellos. Si bien es un avance importante respecto a años anteriores –en 1976 este indicador ascendía a 14%–, aún existe mucho margen para elevar este resultado.

En este sentido, es importante recordar que la prevalencia se analiza a partir de las mujeres unidas. La proporción de adolescentes unidas en los últimos años es oscilante (11.6% en 1997, 8.8 en 2006, 14.5 en 2009 y 16.0 en 2010) y es posible que el análisis tradicional de la prevalencia

⁵⁴ Estimaciones obtenidas a partir de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (ENSAR) 2003.

⁵⁵ Nacimientos reconstruidos a partir de estadísticas vitales de nacimientos, considerando los ocurridos en el año X registrados en ese mismo año, más aquellos registrados en los años $x+1$ y $x+2$. Este procedimiento busca corregir la extemporaneidad con la que son registrados los nacimientos en los primeros años de vida. De este modo, el último año que se puede reconstruir es 2008, pues hasta el momento la última serie de nacimientos registrados en las estadísticas vitales son los que ocurrieron en 2010.

en este grupo de mujeres enfrente problemas de selectividad: toda vez que cada vez con menos frecuencia la adolescencia se considera una fase conveniente para la unión y la formación familiar, las uniones tempranas se asocian con algunas características que, a su vez, se relacionan con prácticas anticonceptivas precarias (v. gr., tener escasa escolaridad, ser hablantes de lengua indígena, residir en ámbitos rurales).

Lo anterior enfatiza la necesidad de analizar este tipo de información, no solo sino también, entre población sexualmente activa. La proporción de adolescentes que declaran tener vida sexual activa ha aumentado con el tiempo: pasaron de 11.9% en 1987 a 15.2 en 2009. El porcentaje de ellas que son solteras aumentó de 3.2 a 27.7% en el mismo periodo, en consonancia con la gradual disociación entre conyugalidad, sexualidad y reproducción. De este modo, si se considera la prevalencia entre la población de adolescentes sexualmente activas, con independencia de su situación conyugal, la prevalencia pasa de 44.7 a 54.9% en 2009.

En lo que respecta a la demanda insatisfecha, como se pudo observar en el cuadro 4, las adolescentes unidas muestran las necesidades insatisfechas de anticoncepción más elevadas de todos los grupos de edad: una de cada cuatro adolescentes unidas, expuestas a un embarazo, no desea embarazarse en ese momento o nunca más y, a pesar de ello, no utiliza ningún método anticonceptivo.

El PAE sobre salud sexual y reproductiva para adolescentes incorpora tres metas que tienen que ver con los indicadores mencionados hasta ahora: la tasa de fecundidad adolescente, la prevalencia y la NIA.

Respecto al primero, se tiene que en 2009 la tasa de fecundidad de las adolescentes ascendió a cerca de 70 nacimientos por cada mil mujeres entre 15 y 19 años de edad. Entre 1990 y 2004, la tasa de fecundidad pasó de 81.4 nacimientos por cada mil adolescentes a 64.8, con una tasa de reducción anual promedio de 1.6 por cien. Sin embargo, para 2007 la tasa habría aumentado a 69.5 nacimientos provenientes de adolescentes, por cada mil de ellas. Incluso si se toma la velocidad de descenso más elevada durante el periodo 1990-2004, la tasa resultante sería de 62.7 nacimiento. En síntesis, es altamente improbable que la meta se haya alcanzado.⁵⁶

En cuanto a la prevalencia anticonceptiva, el PAE para adolescentes contempla incrementar el porcentaje de adolescentes unidas que utilizan anticoncepción a 47% en 2012. Como ya se ha referido, la prevalencia para este grupo fue de 44.7% en 2009 y, si bien se ha avanzado mucho, la evolución del indicador en el tiempo hace pensar que el logro de la meta implica esfuerzos mayúsculos.

⁵⁶ Nuevamente, toda vez que en 2012 no se realizó el levantamiento de la ENADID, el valor de este indicador deberá obtener en años posteriores, ya sea a partir de estadísticas vitales reconstruidas u otra encuesta.

Finalmente, respecto a la NIA, el descenso que este indicador ha tenido entre las adolescentes en el pasado nunca ha pasado de 15%; de hecho, entre 2006 y 2009 se observó un ascenso de las necesidades insatisfechas. Esta evidencia también invita a suponer que la meta establecida en el PAE para adolescentes tampoco tiene posibilidades de ser cumplida durante este año.

LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y LA MORTALIDAD MATERNA

Como se explicaba en el capítulo 3, uno de los aspectos de la salud reproductiva de las mujeres que más inquieta por su estrecha relación con condiciones de desigualdad y exclusión social, es la mortalidad materna. Este fenómeno se asocia fundamentalmente con el acceso deficiente a servicios adecuados de salud que puedan identificar y dar seguimiento tanto a embarazos de alto riesgo como a emergencias obstétricas.

En gran medida, la mortalidad materna se atribuye a la falta de oportunidad y calidad de los servicios de salud, sin embargo, aunque de manera menos directa, esta problemática también se asocia con la planificación familiar. Resulta comprensible que la falta de conocimiento sobre los procesos reproductivos, las dificultades para acceder a la tecnología anticonceptiva y la desigual distribución del poder al interior de la pareja, propician la existencia de embarazos no planeados ni deseados que podrían culminar en situaciones que atenten contra la salud de las mujeres, tales como el aborto inducido o embarazos menos supervisados.

Las adolescentes son, de nuevo, un grupo particularmente vulnerable a la muerte materna ya que, si bien no concentran las mayores proporciones de defunciones por esta causa, su desempeño en este sentido ha sido oscilante y presentan una ligera tendencia a la alza en años recientes. De acuerdo con información del Observatorio de Mortalidad Materna, con información de la Secretaría de Salud, en 2010 ocurrieron 992 defunciones por causas asociadas a la maternidad. Poco más de la tercera parte de las muertes maternas correspondió a mujeres entre 10 y 24 años de edad (OMM, 2012).

Lo anterior es particularmente inquietante entre las adolescentes, toda vez que dadas las aún prevalecientes sanciones morales a la sexualidad durante esta fase, el manejo de las consecuencias negativas de la misma –un embarazo o contagio de ITS- puede desarrollarse de manera riesgosa, ya sea recurriendo a métodos inseguros o desatendiéndolas.

4. ANÁLISIS INSTITUCIONAL

Como se refirió en el primer apartado de este capítulo, el análisis sobre los aspectos más relevantes de la planificación familiar ha sido abordado de manera profusa desde el sector público, la academia y la sociedad civil organizada. Sin duda, a esta diversidad de perspectivas contribuye la suficiencia que el país ha demostrado para generar información al respecto – particularmente estadística-, si bien hay mucho por hacer en materia de sistematización,

difusión y periodicidad de los datos.

El Informe de País sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio que México elaboró en 2010 recoge de manera puntual y sintética la discusión sobre la existencia de factores que podrían obstaculizar el mejor desempeño del país en materia de planificación familiar y, en particular, anticoncepción. De tal suerte, a continuación se mencionan los puntos que el informe destaca como los más relevantes.⁵⁷

1. La gradual pérdida de relevancia del Programa de Planificación Familiar –entre todas las instancias involucradas-, como instrumento integrador y coordinador de las acciones intersectoriales en la materia. Si bien la Secretaría de Salud lleva la rectoría del tema en el sector, pareciera que la disposición de recursos financieros y humanos, así como de estrategias o modelos de atención específicos, dependen de las prioridades que cada institución del sector manifieste, así como de la voluntad de los otros sectores incorporados (v.gr. el educativo).

2. El reflejo de lo anterior en el presupuesto destinado a la operación de programas, tanto a nivel federal como en las entidades federativas. Como señala el reporte, lo anterior no sólo afecta a las acciones del sector salud, sino a la sinergia que debe establecerse con otros sectores, en particular el educativo.

De acuerdo con las estimaciones elaboradas por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR) de la Secretaría de Salud (SS) (Ávila *et al.*, 2011), en 2009 el presupuesto destinado a la salud reproductiva representó 5.7% (44 mil millones) del gasto total en salud. A su vez, el gasto en planificación familiar constituyó 8.5% del gasto en salud reproductiva (2.1 mil millones). En cambio, en el mismo año dos de cada tres pesos del gasto en salud reproductiva se erogaron en cuestiones de salud materna y perinatal.

Entre 2003 y 2009, el gasto federal en planificación familiar disminuyó poco más de uno por ciento al año y, durante este periodo, los hogares cubrieron poco más del 80% de estos gastos. La instancia pública que más presupuesto ha destinado a este aspecto es el Instituto Mexicano del Seguro Social (toda vez que es la institución con mayor cobertura), aunque el sistema que ha incrementado más el presupuesto en planificación familiar es el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) a través de su programa Seguro Popular, ya que el dinero destinado a este rubro ha aumentado poco más de 90%, conforme crece la población atendida por el

⁵⁷ Cabe mencionar que este informe se realizó con la participación del sector público, investigadores especializados y organizaciones no gubernamentales que aportaron su propia información y perspectiva a la problemática descrita. El capítulo sobre el Objetivo 5 fue uno de los que se discutieron con mayor profundidad. Es posible consultar este documento en la página electrónica del sistema de indicadores de los ODM para México: <http://www.objetivosdesarrollodemilenio.org.mx/>

programa.⁵⁸

Por mucho tiempo, la asignación y administración de recursos destinados al cuidado de la salud sexual y reproductiva en las entidades ha constituido un tema de gran opacidad, toda vez que la asignación y uso del presupuesto se ha manejado de manera voluntaria y discrecional. A partir de 2007, la Secretaría de Salud inició la instrumentación de Acuerdos para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados (AFASPE), los cuales, mediante convenios específicos realizados con cada entidad federativa, establecen los recursos entregados, los programas hacia los que están orientados y las condiciones en las que éstos deberán ser ejercidos y reportados.

La creación de los AFASPE representa un gran paso hacia la transparencia de la asignación de recursos y el gasto de los mismos. Es posible consultar cada uno de los convenios firmados a la fecha y cada uno de ellos contiene rubros puntuales sobre alineación entre presupuesto y programas, calendarios de ministraciones, metas e indicadores de proceso e impacto.

Sin embargo, de acuerdo con análisis elaborados por organizaciones no gubernamentales, la celebración de los AFASPE debe fortalecerse, para transitar de un esquema voluntario a uno obligatorio (FUNDAR, 2012) que no dependa de la voluntad política del gobierno federal o el estatal.

Finalmente, también en términos presupuestales, un aspecto relevante que resintió la falta de recursos fue la difusión de información a través de campañas en medios masivos de comunicación, si bien durante 2011 y parte de 2012, CONAPO junto con el sector salud lanzaron una campaña para la prevención del embarazo no planificado en adolescentes y la transmisión de ITS. Sin embargo, hubieron de pasar más de diez años sin campañas de este tipo en medios nacionales, públicos o privados.

3. De manera paradójica, a pesar de que se ha ampliado la diversidad de espacios para la difusión de información clara y basada en evidencia científica sobre anticoncepción y planificación familiar, y de que el entorno para tratar dichos temas parecería menos complejo en términos ideológicos, la emisión de mensajes en la materia es pobre. Lo anterior puede deberse a múltiples causas, por ejemplo, el costo excesivo de los espacios, o la falta de voluntad para destinar presupuestos suficientes, realizar convenios con instancias privadas, entre otros. En este sentido, el papel de la Secretaría de Gobernación como instancia

⁵⁸ La información del diagnóstico proviene del sistema de información de la Secretaría de Salud, *Cuentas en Salud*, las cuales recopilan información sobre el gasto en salud –reproductiva, en este caso- a través del consumo de bienes y servicios específicos. El ejercicio constituye una estimación del gasto que diferentes agentes financiadores (públicos y privados) realizan en la materia. Dada la complejidad que aún representa el reporte oportuno de información por parte de los estados, a pesar de que el informe está hecho a nivel de entidad federativa, no existe información estatal para ciertos indicadores.

encargada de formular, regular y conducir la política de comunicación social del gobierno federal y las relaciones con los medios masivos de información, es fundamental. Más aún cuando, en su estructura, se encuentra un órgano colegiado, interinstitucional, encargado de la planeación demográfica del país (CONAPO).

4. La complejidad que ha representado el proceso de descentralización del sector salud y sus recursos financieros hacia los estados, en un escenario en el que la política rectora a nivel federal no ha logrado coordinar las acciones de las entidades, haciéndose esto visible mediante el desabasto y problemas de distribución de métodos.

Este mismo problema se hace evidente en la instrumentación de, entre otros, la Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna, de la cual la planificación familiar es un componente. La operación de los programas federales se enfrenta, no sólo a la diversidad de los contextos estatales, sino a la formulación de prioridades locales distintas, recursos financieros, humanos y físicos desiguales, resistencias ideológicas particulares, entre otros.

5. El escaso y poco eficiente aterrizaje de la perspectiva transversal de género en la política pública y los servicios proporcionados en materia de planificación familiar, de los cuales los hombres se encuentran prácticamente ausentes.

Si bien la incorporación de acciones diseñadas con una perspectiva de género es una constante a lo largo del Programa de Planificación Familiar de la Secretaría de Salud, la inclusión operativa de los hombres en el proceso, al menos a nivel programático, sólo se concreta en una meta sobre la realización de vasectomías, lo cual refleja una perspectiva sumamente limitada de la participación de los hombres en las decisiones que conciernen a la actividad sexual o reproductiva, tanto a nivel individual como de pareja.

6. Deficiencias en el acceso a información completa, veraz y oportuna, no sólo a la población en general, sino a los propios facilitadores de los servicios de planificación familiar en el sector salud, así como a los actores del ámbito educativo.

7. Impactos menores de las acciones públicas en la materia entre las adolescentes, grupo prioritario en el cual se ha avanzado poco. En este sentido, el propio PAE identifica aspectos que inhiben la participación de los adolescentes en los servicios del sector público, tales como trámites excesivos para recibir atención; horarios incompatibles con el de los adolescentes; falta de condiciones de privacidad, confidencialidad y calidez; desconfianza por parte de los jóvenes al sentirse juzgados; desconocimientos sobre sus derechos sexuales y reproductivos, así como sobre los fundamentos legales para exigir atención.

8. La participación de las ONG ha sido fundamental en la construcción de una agenda de

derechos sexuales y reproductivos en el país. Su participación, en general, se ha relacionado con la provisión de servicios, la consultoría, la elaboración de materiales o investigaciones de diverso alcance financiadas por organismos internacionales o por instancias gubernamentales. También, por supuesto, han tendido puentes a partir de los cuales mantener interlocución con las diversas organizaciones gubernamentales que conducen las políticas en la materia. Constituyen voces críticas imprescindibles en los espacios de reflexión sobre estos temas, si bien éstos no han logrado ser sistemáticos y varían en su nivel de formalidad, profundidad y trascendencia para la toma de decisiones. Recientemente, su presencia y accionar han sido particularmente relevantes en el desenlace de las discusiones sobre la oferta de la anticoncepción de emergencia y la interrupción legal del embarazo.

Sin embargo, la restringida capacidad financiera de las organizaciones, su concentración en el ámbito federal, su desigual desempeño técnico y su dependencia de contactos frecuentemente personales en las instituciones públicas para tener presencia en ellas –a diferencia de hacerlo mediante la conformación de redes consolidadas-, limita su incidencia en el diseño, instrumentación y evaluación de las acciones, particularmente en niveles de gobierno distintos al central.

5. OPORTUNIDADES Y RETOS

En cuanto a la planificación familiar y los temas relacionados con la misma, México tiene la enorme ventaja de contar con marcos normativos y jurídicos consolidados, con objetivos y mecanismos detallados, que han buscado alinearse a la discusión internacional en materia de derechos e intentan ser incluyentes. También cuenta con gran experiencia en la elaboración y operación de programas nacionales exitosos que han requerido del concurso de todas las partes involucradas en cada ámbito de la planificación familiar, desde diferentes sectores públicos, hasta la propia población. Asimismo, tiene a su disposición una gran variedad de información y diagnósticos que permiten identificar a los grupos que requieren atención prioritaria y una voluminosa masa crítica que, tanto desde el frente de las instituciones públicas como desde la academia y la sociedad civil organizada, ha contribuido al diseño de acciones específicas.

Es probable que el gran problema de México en este ámbito sea la consistencia, sostener las acciones y justificar su relevancia en un contexto de permanente competencia con otras prioridades públicas, incluso dentro del marco de la salud reproductiva. A continuación se desarrollan algunas reflexiones en torno a este tema, a manera de recomendaciones orientadas a la revitalización –desde una perspectiva actualizada- de la planificación familiar en México.

1. Una de las recomendaciones principales –también señaladas en el informe de país para los ODM- es ejecutar las acciones que ya han sido diseñadas, mejorando los

mecanismos de vinculación entre las instituciones y con las entidades federativas. Para ello, es posible que, al menos en el tema de la planificación familiar y, en concreto, del abasto y distribución de los métodos anticonceptivos, sea necesario volver a un esquema centralizado o tal vez mixto, en el que el gobierno federal pueda mantener el control de la compra de métodos y ejerza medidas para garantizar su distribución.

Con este fin, en diferentes momentos y espacios se ha sugerido formalizar la consideración de los métodos anticonceptivos –en particular preservativos- como insumos estratégicos, a la par de las vacunas o los medicamentos antirretrovirales. El impulso que UNFPA pueda brinda a esta iniciativa, en conjunto con la Secretaría de Salud y la propia Secretaría de Gobernación –mediante el CONAPO- es fundamental.

2. Sin embargo, también se considera necesario evaluar las acciones que ya han sido diseñadas, y entonces, a partir de evidencia basada en el análisis de los procesos y sus resultados, se generen nuevas estrategias o enfoques. Hasta este momento, los programas como tales no son evaluados y al término de la administración no se cuenta, por ejemplo, con información sobre la instrumentación del PAE para adolescentes, más allá de indicadores clave como la fecundidad, la prevalencia y la NIA. Basándonos sólo en éstos, resulta claro que algo no está funcionando, pero no se tiene la certeza de qué.
3. Asimismo, se requiere fortalecer el papel crucial que juega el sector educativo en esta problemática. En México se han elaborado materiales didácticos de notable calidad para brindar educación sexual, que trascienden la perspectiva biológica y fisiológica que ha caracterizado el abordaje de estos temas, y se aproximan a ella desde un enfoque de derechos que privilegia contar con información adecuada, basada en evidencia científica, para la toma de decisiones documentadas y responsables.
4. Desafortunadamente, el rezago en esta materia se ha dejado sentir a través de reticencias, tanto de las instituciones como de los propios profesores, a dictar cátedra con estos materiales. En muchos casos, esto se relaciona con los propios vacíos de información de los docentes; son lagunas que, se sabe, tienden a reforzar posturas ideológicas o prejuicios alrededor de la sexualidad, que son transmitidos a los educandos. En este sentido, existe una gran ventana de oportunidad para apoyar el trabajo de algunas organizaciones no gubernamentales que sensibilizan y capacitan al magisterio en estos temas.
5. Otra recomendación enfática tiene que ver con la difusión permanente de campañas en medios masivos de comunicación. Se trata de una forma sumamente efectiva hacer llegar la información necesaria a una gran audiencia, y es el mejor reflejo de cuáles son las prioridades en la agenda de los gobiernos. La experiencia reciente de la campaña

elaborada por el sector salud y CONAPO permite ver que es no sólo urgente sino posible colocar estos temas en los medios y contar con receptores maduros, ya no necesariamente carentes de conocimiento, pero sí necesitados de criterios objetivos, científicos, para discriminar el excesivo flujo de información al que se tiene acceso. En este sentido, se recomienda la asignación de tiempos oficiales a este tipo de contenidos.⁵⁹

6. Las acciones sugeridas hasta aquí se relacionan con la prevención de embarazos no planificados o no deseados, independientemente de si ya se han tenido hijos o no. El énfasis que estrategias, líneas de acción y metas hacen sobre la ampliación de la oferta (y, por ende, aceptación) de la anticoncepción post evento obstétrico se justifica plenamente y no es difícil comprender que resulte más sencillo y menos costoso reforzar la oferta cuando se tiene a la población cautiva –ya sea en las revisiones prenatales o después del parto- que cuando se apela a su voluntad para acercarse a los servicios.

Sin restar importancia a estos esfuerzos, es inevitable reflexionar sobre las consecuencias que el desequilibrio entre este énfasis y la falta de continuidad en otras acciones preventivas puede tener sobre ciertos grupos de la población, en particular las y los adolescentes –sexualmente activos o no. En muchos de estos casos, las jóvenes madres tendrán, por primera vez, la oportunidad de planear su descendencia de manera informada, pero esto ocurrirá, posiblemente, después de un embarazo no deseado.

Adicionalmente, sería conveniente que se desarrollaran modelos de atención para la oferta de anticoncepción post evento que fuesen integrales, continuos y amigables, a fin de que las acciones en la materia no se ejecuten con mayor intensidad en un momento de evidente estrés, ansiedad o fatiga.

7. Por otra parte, la gran mayoría de las acciones sugeridas requieren un correlato financiero. Para ello, es menester sensibilizar a los tomadores de decisiones, particularmente las presupuestarias. En este sentido, es importante generar sinergias y fortalecer vínculos entre los actores involucrados en la provisión de servicios de planificación familiar, a fin de consolidar una postura unánime sobre el tema y posicionarlo en la agenda legislativa.

⁵⁹ Para más información sobre la campaña, véase el sitio:

http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Campana_para_la_Prevenccion_Integral_del_Embarazo_Adolescente_No_Planificado_e_Infecciones_de_Transmision_Sexual

8. Por último, una recomendación de tipo técnica igualmente importante es poner atención sobre la disponibilidad y la calidad de la información disponible para monitorear los indicadores relevantes de la planificación familiar y la anticoncepción a fin de contar con diagnósticos actualizados. México es un productor importante de estadísticas en la materia, pero se debe garantizar la periodicidad de las fuentes de información—como la ENADID— a fin de contar con los instrumentos necesarios para dar seguimiento a las metas establecidas en los programas.
9. También en el ámbito de la generación de información, es importante crear instrumentos que capten información sobre la población masculina, de la cual se desconoce prácticamente todo en cuanto a su comportamiento sexual y reproductivo, así como sobre sus propias preferencias y prácticas de salud reproductiva. Constantemente se acusan desigualdades de género en las trayectorias sexuales y reproductivas de las personas, pero la generación de información tiende a reproducir dicha desigualdad, ignorando las especificidades que el comportamiento masculino en la materia pueda aportar.
10. Asimismo, son frecuentes los problemas de desagregación de la información cuando se busca hacer énfasis en el análisis detallado de diferentes grupos, como adolescentes, población indígena, en entidades federativas. Toda vez que se tratan de grupos prioritarios, se requiere saber más sobre ellos, confiando en la precisión de las estadísticas, por lo que se recomienda impulsar el aumento de recursos que permitan aumentar el tamaño de muestra para esos dominios de estudio.
11. Un trabajo adicional debe hacerse para incluir en los instrumentos que captan información especializada en salud sexual y reproductiva a la población menor de 15 años de edad. Actualmente, la ENADID (que es la fuente estadística a partir de la cual se estima la fecundidad, la prevalencia anticonceptiva y la NIA), considera sólo a las mujeres de 15 a 49 años de edad. Sólo dos encuestas no especializadas en la materia, la Encuesta Nacional de la Juventud (ENJ) y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) consideran a adolescentes —mujeres y varones— entre 12 y 19 años para el levantamiento de módulos sobre su actividad sexual y reproductiva, así como sobre conocimiento en materia de anticoncepción. Hasta el momento, la información producida por estas fuentes ha sido notablemente subutilizada y su levantamiento depende de la disposición de recursos y el interés que exista en una determinada administración. Si bien es el mismo caso para la ENADID, la relevancia de incluir a esta población en el diseño de la muestra es que el tamaño de la muestra es mayor en dicha encuesta.

CAPÍTULO 5: ACCESO Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE CALIDAD DE PREVENCIÓN DEL VIH Y LAS ITS, ESPECIALMENTE EN BENEFICIO DE LOS JÓVENES Y DE OTRAS POBLACIONES CLAVE EN SITUACIÓN DE RIESGO

1. INTRODUCCIÓN

El VIH sida es una condición que ha traspasado fronteras y, en algunos periodos, ha logrado rebasar la capacidad de los sistemas de salud en el mundo. Este padecimiento se enfrenta, además, a un estatus de estigma que favorece la discriminación personal e institucional hacia quienes lo presentan.

Sin embargo, el hecho de que el VIH sida haya dejado de ser un padecimiento letal para convertirse en una condición crónica y que la epidemia, si bien no decrece aún, haya detenido su expansión, es una muestra contundente de lo que es posible lograr cuando se construyen alianzas estratégicas, organizadas en torno a fines comunes y con la fuerza suficiente para movilizar voluntades políticas y recursos técnicos y financieros.

El caso mexicano presenta experiencias mixtas que, como se describe en este capítulo, han logrado disminuir la velocidad en el incremento de los contagios, pero no termina de consolidar esquemas de atención que garanticen el derecho a la salud y a la no discriminación de la población con VIH sida. Adicionalmente, el panorama respecto a la transmisión de infecciones sexuales es distinto, pues existe evidencia creciente sobre la expansión de algunas enfermedades e, incluso, el regreso de otras que se creían controladas y ahora reaparecen con particular intensidad entre la población joven. Adicionalmente, la evolución reciente de la epidemia señala la necesidad de atender de manera prioritaria a diversos grupos clave para el combate del síndrome, entre ellos, los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), los trabajadores y trabajadoras del sexo comercial (TSC), los usuarios de drogas inyectables (UDI), entre otros grupos de alto riesgo de contraer el VIH.

En este capítulo se describen, en un primer apartado, el marco legal en el que se suscriben las bases de los derechos de las personas, a recibir con calidad y oportunidad los servicios médicos de prevención y atención adecuadas relativos al VIH sida. En un segundo apartado se analiza la participación institucional tanto gubernamental, como de OSC's, ONG's y agencias internacionales, en términos del combate contra la epidemia. Posteriormente, en un tercer momento, se analizan los datos que dan cuenta de las principales tendencias en materia de VIH sida y otras ITS, considerando los acuerdos y las medidas adoptadas, poniendo especial énfasis en los grupos de población con mayor vulnerabilidad. Finalmente en un cuarto apartado, se subrayan algunas áreas de oportunidad para la cooperación.

2. EL MARCO NORMATIVO Y LEGAL DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN DE VIH E ITS

Los instrumentos legales que conciernen al tema del VIH sida, otras ITS y la prohibición de actos segregacionistas contra ciertos grupos de la población son la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), la Ley General de Salud (LGS), la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (LFPED) de 2003 y la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (NOM-010-SSA2-1993), misma que al considerar la transformación en el comportamiento del VIH y la diversificación en la afectación hacia la población de México con el paso de los años, fue complementada y denominada NOM-010-SSA2-2010 (SS, 2000 y 2010).

Dichas herramientas jurídicas obedecen a momentos históricos específicos y cada una releva aspectos específicos, entre los que destacan principalmente: los derechos de todos los ciudadanos mexicanos a decidir sobre su vida, recibir atención médica gratuita y a vivir libres de cualquier tipo de discriminación.

Al respecto, la CPEUM reformada en el Diario Oficial de la Federación por última ocasión en 2012, señala “la prohibición de todo tipo de discriminación motivado por el origen étnico o nacional, de género, edad, capacidades diferentes, condición social, condiciones de salud, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas” (DOF, 2012).

En este mismo sentido la, LFPED de 2003 suscribe la prevención y eliminación de todas las formas de discriminación (Art.1º DOF, 2012a) que se ejerzan contra cualquier persona que tenga por efecto impedir o anular el reconocimiento o el ejercicio de los derechos y la igualdad de oportunidades (Art. 4º DOF, 2012a), tales como imposibilitar el acceso a la educación, al empleo, a las condiciones igualitarias de trabajo, la atención y tratamiento médico, el derecho a la seguridad social, y otras formas de discriminación como recibir un trato abusivo, ofensas, ridiculizaciones, violencia, entre otras (Art. 9º DOF, 2012a).

El marco jurídico en materia de la vigilancia de la epidemia del VIH sida establece las responsabilidades de las instituciones del gobierno, las cuales tienen entre sus encomiendas controlar la enfermedad a partir de la prevención, atención oportuna y el tratamiento adecuado que se debe brindar a todas las personas que lo requieran, con apego a los derechos humanos y de la salud.

Así pues, la LGS señala a la Secretaría de Salud (SS) como la instancia responsable, junto con los gobiernos de las entidades federativas, de establecer la vigilancia epidemiológica en todo el país, por lo que todas las instancias de salud deben reportarle la incidencia del VIH sida y otras ITS. En materia financiera, esta misma Ley establece la creación de un Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, entre los que se cuentan las erogaciones relativas al tratamiento y medicamento de tipo preventivo, diagnóstico, terapéutico, paliativo y de rehabilitación, con

carácter clínico y epidemiológico. Además, indica que la Federación cuenta con un fondo de reserva, sin límites de anualidad presupuestal, en apoyo a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud (DOF, 2012b).

El Programa Sectorial en Salud 2007-2012, por su parte, plantea en su estrategia dos: “Fortalecer e integrar las acciones de promoción de salud, la prevención y control de enfermedades”, el fomento de la salud sexual y reproductiva, el impulso de una política integral de prevención y atención de infecciones por VIH y otras ITS, y actividades en contra de las adicciones causadas por el abuso de drogas especialmente las inyectables. Estas acciones entre otras, se anuncian bajo el principio de reducción de brechas, desigualdades en salud y de la pobreza misma y con base en el establecimiento de intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas, lo que deriva en un mayor desarrollo social (SS, 2007).

Por su parte, el PAE-VIH 2007-2012 fue publicado por la SS en 2008. En términos generales, este programa presenta una serie de medidas tendientes a disminuir la prevalencia del VIH e ITS, tales como: contar con un mayor acceso a los servicios preventivos que permitan a las personas tener prácticas sexuales protegidas, seguras y placenteras; atención integral sustentable, eficiente y de calidad, con personal médico calificado y en ambientes libres de estigma, discriminación, homofobia y por ende en un marco de respeto a su dignidad y diversidad sexual y la participación multisectorial, social y ciudadana en la formulación de políticas públicas (SS, 2008).

Con las estrategias y líneas de acción expuestas en el PAE-VIH, se pretendía lograr un número considerable de metas al 2012. De acuerdo con este documento, el sector salud pretendía, para este año, avanzar en la detección en la optimización de los procesos operativos para la detección del VIH sida e ITS con los usuarios de los servicios públicos, incluyendo a las mujeres embarazadas. También se buscaba en 30% el costo promedio de ARV por paciente. Las metas de impacto intermedio, por su parte, se apegan al interés por observar el impacto de las acciones preventivas y de atención realizadas en el país, y una vez conseguidas dichas metas, se pretendería medir la reducción de los niveles de incidencia, prevalencia, mortalidad y sobrevivencia relacionados con el VIH sida y las ITS (SS, 2008).

El modelo operativo del PAE-VIH, comprende una serie de intervenciones y acciones en materia de la prevención y atención del VIH sida en las que la participación y acción de los organismos e instituciones del gobierno y del sector social y privado debe ser prioritaria. El programa destaca un amplio conjunto de intervenciones, distinguiendo las de carácter universal, focalizadas o dirigidas, para las cuales sugiere qué instancias de la administración pública de cada nivel de gobierno deben participar, así como dónde puede ser más útil la colaboración con OSC's y ONG's, instituciones académicas y el sector privado (SS, 2008).

El PAE-VIH también evidencia las áreas en las que hay necesidad de mejora de la gestión pública entre las que destacan: reforzar las acciones preventivas focalizadas a grupos clave; la necesidad de contar con mayores fondos para la prevención, dado que estos son reducidos y

no crecen de acuerdo a las necesidades y tamaño de la epidemia nacional, y la necesidad de establecer mecanismos de vigilancia de los derechos humanos, a fin de evitar la estigmatización y la discriminación que vulnera sus derechos, su dignidad y su condición humana.

La Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana afinada en 2010, busca la creación de condiciones para contener la propagación del VIH sida y lograr que las personas que lo padecen, reciban un trato digno, cálido y con apego a sus derechos humanos (SS, 2000 y 2010). Para ello, la Norma contempla tres aspectos principales: la prevención, el control y el combate contra la discriminación. En cuanto a la prevención, se destaca la importancia de la educación en salud; la participación social (maestros, padres de familia, organizaciones, grupos deportivos) en actividades educativas de promoción de la salud; la capacitación del personal de salud para promover prácticas sexuales seguras y protegidas, así como difundir información sobre la donación de sangre, semen, órganos. También pretende habilitar a los funcionarios de salud para reducir o evitar el riesgo de su propia infección, por utilizar instrumental médico y odontológico contaminado.

El cuanto al control de la infección por VIH sida se contemplan las acciones a seguir -como la detección o diagnóstico, atención, tratamiento, notificación, estudios epidemiológicos, seguimiento de casos, de los contactos y su respectiva investigación-, a fin de resolver los problemas relacionados con las fallas en los servicios de salud que atienden a la población.

Mientras, en materia del combate contra la discriminación, esta Norma obliga a que todo el manejo de información de las personas que viven con VIH (en las instituciones de salud) sea en condiciones de confidencialidad en apego a sus derechos y con el fin de evitar posibles actos de discriminación. Además, señala que la atención debe brindarse en todo momento, de manera responsable, digna y respetuosa, en tanto que el personal médico debe estar capacitado para canalizar a los pacientes a áreas de atención especializada en esta materia (SS, 2000).

La NOM-010-SSA2-2010 considera acciones dirigidas a diferentes grupos poblacionales con mayor riesgo de infección (hombres que tienen sexo con otros hombres, trabajadores (as) del sexo comercial, usuarios de drogas inyectables, personas privadas de su libertad y niñas (os) en situación de calle), sin descuidar a la población en general (SS, 2010).

En materia de prevención a la salud se agregó en la NOM-010-SSA2-2010, que en las estancias educativas deben impulsar la formación sexual desde la educación básica y la promoción del uso consistente y correcto de los condones masculinos y femeninos en las prácticas sexuales. Asimismo, las instancias que suministran servicios de salud quedan obligadas a realizar pruebas de detección de VIH, ITS, hepatitis B y C, a todas las donaciones de sangre, leche materna, tejidos, órganos y células germinales, así como también a todas las mujeres embarazadas y a las poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad. En el área de la comunicación, se sumó, el

fortaleciendo de campañas de prevención y el combate contra el estigma de la discriminación hacia las personas que viven con VIH (SS, 2010).

Los ODM también son un marco de referencia importante para las acciones que el país emprende en términos del combate al VIH sida y otras ITS. El ODM6 establece tres indicadores enfocados a monitorear el combate al VIH sida: la vigilancia de la prevalencia del VIH en población adulta (15 a 49 años); la proporción de la población que usó preservativo en la última relación sexual en HSH; y la proporción de la población portadora del VIH con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos antirretrovirales (ARV) (Presidencia de la República, 2011). Las metas del ODM6 al 2015 consisten en priorizar la necesidad de prevención, sobre todo entre los jóvenes y otros grupos (como los HSH, HTSC, MTSC y UDI) como una medida menos costosa que la atención universal; revitalizar las políticas de planificación familiar, de promoción de los derechos reproductivos y continuar con campañas de concientización, prácticas y talleres, además de la provisión gratuita de condones en lugares estratégicos; y, brindar educación a niños y jóvenes sobre el peligro de las relaciones sexuales sin protección (Presidencia de la República, 2011).

De igual forma, México se ha suscrito a otros marcos internacionales que buscan la contención de la epidemia. Así, en 2001 el gobierno federal mexicano firmó la declaratoria de compromiso en la lucha contra el VIH sida en el marco del vigésimo sexto periodo extraordinario de la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS) (UNGASS, 2001).

Un par de años más tarde, en la Sesión Especial del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) se plantearon la Declaración y el Plan de Acción denominado *Un mundo apropiado para los niños*, el cual contempló cuatro esferas de acción prioritaria: la promoción de una vida sana, el acceso a una educación de calidad para todos, la protección a los niños de los malos tratos, la explotación y la violencia, y la lucha contra el VIH sida.⁶⁰ Con base en ambas Declaraciones (UNGASS y UNICEF), en México se da seguimiento a un total de 27 indicadores evaluadores de las metas pactadas a nivel internacional, que se pueden consultar en el Programa de Acción Específico 2007-2012 en respuesta al VIH sida e ITS (PAE-VIH).

De igual forma, como se verá con mayor detalle en el capítulo que corresponde al análisis de la situación de los jóvenes en materia de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, así como de educación sexual, en 2010 el gobierno de México suscribió la Declaratoria Ministerial “Prevenir con Educación”, intensificando el trabajo con las entidades federativas para que se institucionalicen acciones orientadas a alcanzar el cumplimiento de dicha declaratoria (SS y CENSA, 2012).

Entre las acciones que se han operado a fin de dar respuesta a la Declaración Ministerial destacan la creación del Grupo de Atención a la Salud de la Infancia y Adolescencia (GAIA) de la Secretaría de Salud, que enmarca la relevancia de prevenir el VIH a partir de la salud integran en

⁶⁰ Para mayor información ver página electrónica: <http://www.unicef.org/spanish/specialsession/wffc/index.html>

este grupo de población; la impartición de talleres dirigidos a Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud de 10 a 19 años (GAPS) con la intención de capacitarlos para replicar información básica sobre VIH e ITS, en sus comunidades; la prevención del VIH a partir del uso adecuado del condón (femenino y masculino), consejería y oferta de pruebas rápidas para jóvenes. También a nivel del CONASIDA, se realizó un ejercicio de análisis y reestructuración sobre la manera en que grupos de trabajo del Comité de Prevención, podrán realizar aportaciones estratégicas en los próximos años para el trabajo multisectorial en el tema y se financian además, proyectos para las OSC en la categoría de trabajo “Prevenir con Educación” (CENSIDA, 2012).

En resumen, los recursos normativos, jurídicos y programáticos en materia de VIH sida y otras ITS no podrían tener un impacto positivo en el combate contra su propagación, sin el apoyo e intervención de las instituciones gubernamentales, las OSC's y las ONG's, así como del ámbito académico, por lo que en el siguiente apartado se relevarán algunos de sus múltiples aportes e investigaciones.

3. PRINCIPALES BRECHAS EN MATERIA DE ACCESO Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE CALIDAD Y PREVENCIÓN DEL VIH E ITS

Desde 1983, año en que se identificó el primer caso de VIH en México, hasta 2011 se habían contabilizado casi 160 mil casos de personas viviendo con VIH sida.⁶¹ En la actualidad se reconoce la existencia de 179,478 personas viviendo con VIH (CENSIDA, 2012), dato que es inferior a lo registrado en 2010 (223,000 casos acumulados (CENSIDA, 2010). En donde la mayor prevalencia se encuentra en la población HSH en un 10%, seguida por las MTSC (1.0%), HTSC (12-15%), y UDI (2.8%), mientras que, la población adulta (15-49 años) representa 0.3% (SS, 2008).

Hasta mediados del año 2012 se han registrado 2,470 casos nuevos de VIH (CENSIDA, 2012), lo que representa una quinta parte menos de lo hallado en 2010. Asimismo, en 2009 se encontró el mayor número de muertes por esta causa (5,121 decesos), 7.7% más que las muertes reportadas en 2011, que sumaron 3,083 (CENSIDA, 2011b). El descenso de las defunciones presumiblemente está relacionado con la atención de terapia antirretroviral⁶² proporcionada a las personas que viven con VIH y que así lo requieren.⁶³ A finales del año 2010 se registró que

⁶¹ Datos obtenidos del Registro Nacional de Casos de sida al 15 de noviembre de 2007 y para el 30 de junio del 2012.

⁶² El tratamiento antirretroviral garantiza a todas las personas con VIH, un esquema con tres drogas, así como la realización de las pruebas de laboratorio de carga viral, linfocitos CD4 y genotipo viral, las cuales miden la eficacia del mismo, así como la búsqueda de infecciones concurrentes como tuberculosis, hepatitis B y C (CENSIDA, 2010). De los adultos y niños con VIH sida que en 2009 iniciaron tratamiento con antirretrovirales, previstos por el gobierno y que están registrados en el Sistema de Administración Logística y Vigilancia de Antirretrovirales (SALVAR), siguieron con vida a los 12 meses de haber iniciado el ARV (Presidencia de la República, 2011).

⁶³ De las personas que viven con VIH en nuestro país, 29% está recibiendo terapia antirretroviral en alguna de las instancias de salud del país o en la medicina privada; 14% han sido detectados como portadores del VIH pero aún no

poco más de 37 mil personas estaban recibiendo tratamiento antirretroviral, número que aumenta a 42.5 en 2011 y a alrededor de 44 mil en marzo de 2012.⁶⁴

	POBLACIONES VULNERABLES	PREVALENCIA MEDIA
La epidemia del sida en México se concentra en las poblaciones clave, entre las que destacan:	✓ HTSC	15%
	✓ HSH	11%
	✓ UDI	5%
	✓ MTSC	2%
	✓ Personas privadas de su libertad	1%
	✓ Clientes de trabajadores y trabajadoras del sexo comercial	0.6%
	✓ Hombres heterosexuales	0.5%
	✓ Mujeres heterosexuales	0.2%

Fuente: Magis, Bravo, Gayet, Rivera y De Luca (2008), El VIH y sida en México al 2008: Hallazgos, tendencias y reflexiones. México. CENSIDA.

Entre el 2007 y 2012, el grupo de edad que concentra la mayor proporción de casos de sida es el de 15-44 años con 78.6 y 77.8% respectivamente, seguido por los de 45 años y más con 19.0 y 19.9%. Finalmente, está el grupo de población en edad pediátrica, de 0 a 14 años con 2.4 y 2.3%. Tanto en la población de adultos jóvenes como en la edad pediátrica la tendencia apunta al descenso, mientras que en los adultos mayores de 45 años y más la prevalencia aumentó casi un punto porcentual.

La brecha por sexo de la población general afectada por el VIH sida ha tendido a reducirse, al pasar en 2007 de 82.8% en hombres y 17.2% en mujeres, a 82.1 y 17.9% en 2012. No obstante, al analizar los datos según grupos de edad y sexo, se encontró que en las edades pediátricas la población femenina se encuentra en una situación de mayor vulnerabilidad. En 2007 del total de mujeres con sida, 6.4% se encontraban en este grupo de edad, a diferencia del 1.6% de la población masculina; en 2012 la proporción es similar, de 5.9 y 1.5% respectivamente.

Entre la población menor de 15 años se encontró, además, que 84.4% de los casos de VIH sida de 2007 se debieron a la transmisión perinatal, y éstos aumentaron a 87.2% en 2012. La misma

requieren iniciar el tratamiento antirretroviral. Sin embargo el restante 57%, son personas que viven con VIH pero al no encontrar registro en las instituciones de salud, es posible que lo desconozcan (CENSIDA, 2010)

⁶⁴ El dato sobre el número de personas en tratamiento ARV se obtuvo de los boletines 7, 15 y 16 del Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de ARV (SALVAR). En las fechas 31 de diciembre de 2009, 31 de diciembre de 2011 y 31 de marzo de 2012.

tendencia se observa, en la transmisión por vía sexual, en la cual, la proporción se incrementa ligeramente de 3.7 a 4.0% en el mismo periodo de tiempo. Solo en el caso de la transmisión por vía sanguínea, se observó un descenso de 11.9 a 8.8%.

Los casos de sida, que son consecuencia del VIH transmitido por vía sexual en la población masculina mayor de 15 años, representó en 2007 el 96.1% de los casos, aunque la mayor proporción se ubicó en la población heterosexual (39.3%), seguido por la población homosexual (33.1%) y la población bisexual (23.8%), a diferencia de los casos de sida encontrados en la población femenina, en donde la presencia del síndrome se concentró en su totalidad en las mujeres heterosexuales (60.2%). La transmisión de esta enfermedad por transfusión sanguínea representó el 3.5% de los casos en población masculina y 7.3% en las mujeres.

Para el 2012, la mayor proporción de casos de sida en población adulta se deben a la transmisión sexual (95.9%). Al igual que en 2007, la presencia de sida en la población heterosexual es superior (51.1%) cinco años después. En contraste, la proporción de casos de sida encontrados en 2012 por vía de contagio de transfusión sanguínea y entre población HSH-UDI es inferior a lo encontrado en 2007.

La presencia de la población femenina afectada por el virus ha incrementado notablemente, sobre todo entre quienes se contagian por vía sexual, mecanismo que pasó de 60.2% en 2007 a 92.5%⁶⁵ en 2012. Este mismo patrón se observa en la proporción de casos de sida a causa de transfusión sanguínea entre mujeres, los cuales van a la alza en un comportamiento contrario al de la población masculina (pasó de 7.3% en 2007 a 7.5% en 2012). Finalmente, es importante reconocer los avances observados entre la población HSH-UDI cuya concentración de casos de sida prácticamente ha desaparecido en el periodo observado.

El comportamiento de la epidemia al interior del país muestra escenarios diversos. En 2007, la incidencia de casos acumulados de sida a nivel nacional fue de 106.2 personas por cada 100 mil habitantes,⁶⁶ cifra que aumentó a 141.5 en 2012.⁶⁷ En ambos años el D.F. tiene la incidencia acumulada de sida más alta con 236.9 y 275.3 casos por cada 100 mil habitantes, respectivamente.

⁶⁵ Este dato se obtuvo con base en la información al 31 de marzo de 2012. No obstante, CENSIDA en su más reciente publicación (a noviembre de 2012) con información al 30 de septiembre de 2012, evidencia que 87% de los casos registrados de sida en mujeres refiere una categoría de transmisión por relaciones sexuales heterosexuales, 6% indica la vía de transmisión vertical, 6% por transfusión sanguínea; y 1% por uso de drogas inyectables.

⁶⁶ La incidencia acumulada a nivel nacional no incluye extranjeros en tránsito por México. La estimación se realizó con base en el Registro Nacional de Casos de sida para el 15 de noviembre de 2007.

⁶⁷ La incidencia acumulada a nivel nacional para el año 2012 se realizó con base en datos al 31 de marzo del 2012 y a partir de las proyecciones de población del CONAPO (1990-2030), dado que no se encontró información al respecto para el 30 de junio de 2012.

Casos nuevos y acumulados de sida por año de diagnóstico, según entidad federativa						
Entidad Federativa	2007			2012		
	Casos Acumulados	Incidencia acumulada	%	Casos Acumulados	Incidencia acumulada	%
Aguascalientes	634	59.0	0.5	930	77.9	0.6
Baja California	5,271	169.6	4.6	6,930	202.1	4.5
Baja California Sur	599	113.4	0.5	872	143.8	0.6
Campeche	856	106.9	0.7	1,576	191.4	1.0
Coahuila	1,495	57.4	1.3	4,338	124.7	2.8
Colima	627	103.5	0.5	6,717	144.7	4.3
Chiapas	4,117	90.8	3.6	1,796	66.4	1.2
Chihuahua	3,162	89.1	2.7	880	141.1	0.6
Distrito Federal	20,881	236.9	18.1	24,372	275.3	15.7
Durango	974	62.3	0.8	1,204	76.9	0.8
Guanajuato	2,725	53.1	2.4	6,769	217.0	4.3
Guerrero	4,048	123.5	3.5	3,280	64.2	2.1
Hidalgo	1,208	49.8	1.0	1,760	71.7	1.1
Jalisco	9,911	143.2	8.6	11,890	165.8	7.6
México	12,183	80.6	10.5	16,936	109.9	10.9
Michoacán	3,216	75.7	2.8	4,275	109.1	2.7
Morelos	2,634	150.2	2.3	3,382	197.6	2.2
Nayarit	1,411	139.7	1.2	1,883	192.9	1.2
Nuevo León	3,211	73.5	2.8	4,506	97.8	2.9
Oaxaca	37,266	99.1	3.2	5,345	150.9	3.4
Puebla	5,676	100.6	4.9	7,112	122.4	4.6
Querétaro	982	59.3	0.8	2,394	164.0	1.5
Quintana Roo	1,545	132.2	1.3	1,289	71.2	0.8
San Luis Potosí	1,404	57.8	1.2	2,929	110.1	1.9
Sinaloa	1,972	70.0	1.7	2,009	49.9	1.3
Sonora	1,788	69.8	1.5	2,867	111.4	1.8
Tabasco	1,662	78.5	1.4	3,132	150.6	2.0
Tamaulipas	2,656	81.1	2.3	3,805	115.2	2.4
Tlaxcala	839	75.9	0.7	1,229	104.3	0.8
Veracruz	10,420	148.1	9.0	14,339	195.8	9.2
Yucatán	2,841	153.2	2.5	3,631	182.1	2.3
Zacatecas	608	42.9	0.5	824	60.0	0.5
Se desconoce	53		0	72		
Nacional	115,651	106.2	100	155,625	141.5	100

En contraste, las entidades con menor incidencia de casos de sida fueron Zacatecas (42.9 casos), Hidalgo (49.8) y Guanajuato (53.1) en 2007, y en Sinaloa (49.9), Zacatecas (60.0) y Guerrero (64.2) en 2012. Llama la atención el estado de Guanajuato, que cinco años atrás fue

una de las entidades con menor incidencia de casos de sida, y actualmente se encuentra en el segundo lugar de las entidades con mayor incidencia de casos.

La tasa de mortalidad por sida se ha mantenido prácticamente constante a lo largo del tiempo, al pasar de 4.7 defunciones por cada 100 mil habitantes en 2006 a 4.8 en los años 2007 y encontrando su nivel más elevado en 2008 con 4.9 defunciones. No obstante, la tasa descendió en los siguientes tres años hasta llegar a 4.3 decesos por cada 100 mil mexicanos en 2011 (CENSIDA, 2012).

Los niveles de mortalidad y sus diferencias por entidad federativa, se explican por una diversidad de factores, entre ellos, la oportunidad con la que los mecanismos para enfrentar la epidemia son ejecutados en cada estado, el acceso al diagnóstico y tratamiento temprano, la adherencia al tratamiento ARV, la infraestructura sanitaria, el volumen de la población migrante, etc., que resultan en patrones de mortalidad diferenciales (CENSIDA, 2010).

Así en 2008, las mayores tasas de mortalidad causadas por el sida se encontraron en los estados de Tabasco (11.1 defunciones por cada 100 mil habitantes), Veracruz (10.7) y Baja California (9.1) (CENSIDA, 2010). Tres años después el mayor número de muertes se siguió observando en estos mismos estados (CENSIDA, 2011). En contraste, las entidades que presentaron los niveles más bajos de mortalidad a razón del VIH sida en 2008 fueron Zacatecas, con 1.4 defunciones por cada 100 mil habitantes, Aguascalientes e Hidalgo con 1.8 muertes respectivamente (CENSIDA, 2010).

En lo que respecta al análisis de las ITS, el primer aspecto que se debe destacar es la desigualdad en la producción de información existente, en comparación con la que se genera en torno al VIH sida, la cual, si bien puede estar afectada por problemas de subregistro o dificultades para la integración de las diferentes fuentes, es abundante. No es el caso del resto de las infecciones de transmisión sexual, en las cuales, probablemente debido a su reducido volumen, no es posible profundizar demasiado.

Así, se sabe que en 2006 la tricomoniasis era la de mayor prevalencia entre la población (160 casos anuales por cada 100 mil habitantes), seguida del VPH 23, la sífilis congénita (ambos con cinco casos) y la adquirida (2), el herpes genital (poco menos de dos casos), la gonorrea (1) y el chancro blando, hepatitis B y linfogranulomas (menos de un caso). En 2010, la única ITS que descendió su incidencia fue la tricomoniasis (a 115 casos), mientras que el resto se mantuvo invariable, con excepción del VPH, el cual aumentó su incidencia a 29.08 casos por cada 100 mil habitantes, al igual que el VIH, que creció de 3 a 5.1 por cada 100 mil habitantes.⁶⁸

Se reconoce la existencia de diferencias importantes entre las ITS según el sexo:

✓ Las ITS que son detectadas más comúnmente en las mujeres son: la

⁶⁸ SINAVE/DGE/Salud/Sistema de notificación semanal de casos nuevos/Acceso al cierre de 2010.

tricomoniasis y el VPH.

- ✓ El VIH y la hepatitis B son mayormente registradas en la población masculina.
- ✓ La sífilis congénita podría ser aniquilada, si se detectara a tiempo la sífilis adquirida en mujeres embarazadas.

Fuente: PAE-VIH e ITS (SS, 2008)

4. ANÁLISIS INSTITUCIONAL DEL ACCESO Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE CALIDAD DE PREVENCIÓN DEL VIH E ITS

La prevención y control del VIH sida y otras ITS, así como la batalla contra la estigmatización y discriminación hacia quienes padecen estos padecimientos, son temas que han merecido la participación activa de las instancias de gobierno, las agencias internacionales, las OSC, ONG y la academia, de cuyo trabajo han surgido investigaciones, programas, grupos de trabajo, sistemas de información, entre otros resultados sumamente relevantes para la comprensión y atención de este fenómeno.

En 1986, a tres años de haberse conocido el primer caso de VIH sida en México, se dio origen al Registro Nacional de Casos, instrumento que permitió entender cómo se distribuía y cuál era la frecuencia con la que se presentaban los casos de sida. En este mismo año, se conformó el Comité Nacional de Prevención del sida con el objetivo de realizar actividades de investigación, diagnóstico y registro de casos. No obstante, un par de años después, dicho Comité se transformó en lo que ahora se conoce como el Consejo Nacional para la Prevención y Control del sida (CONASIDA), órgano colegiado de coordinación inter e intrasectorial, promotor y coordinador de las acciones apropiadas de los sectores público, social y privado que impulsa las medidas tendientes a combatir el VIH sida.

En 1990 la Dirección General de Epidemiología (DGE) publicó el primer manual de vigilancia epidemiológica del VIH sida. Asimismo, con base en el Programa Nacional de Salud 1997-2001, se elaboró el primer “Modelo para la Atención Médica para Pacientes con VIH sida” o lo que hoy se conoce como “Servicios de Atención Integral” (SASI), que constituyen un equipo de salud multidisciplinario cuyo objetivo es proporcionar atención ambulatoria e integral en los hospitales ya existentes en cada entidad federativa pertenecientes a la SS (SS y CENSIDA, 2012).

En 2001 se instauró el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH sida (CENSIDA) (Rivera *et al.* 2005). En 2003 se alcanzó la cobertura universal antirretroviral a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) del Seguro Popular, para otorgar medicamentos a todas las personas que no contaran con seguridad social (Rivera *et al.*, 2005). Además, en este mismo año, dentro del Plan Maestro de Infraestructura de la SS, se incluyó en el proyecto de Unidades de Especialidades Médicas (UNEMES), la construcción de 56 Centros Ambulatorios para la Atención y Prevención del sida e ITS (CAPASITS), con la finalidad de

ampliar el acceso a la atención integral, incluyendo el tratamiento con antirretrovirales, así como la prevención y detección oportuna del VIH e ITS, en la población que carece de seguridad social. Para finales del 2011, se encontraron operando en toda la República Mexicana 70 CAPASITS, de los cuales, 46 estaban acreditados por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (SS y CENSIDA, 2012).

Para el año 2009, se elaboró y presentó al Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, el Proyecto “Fortalecimiento de las estrategias nacionales de prevención y reducción de daños dirigidos a HSH, HSH-TS y UDI hombres y mujeres”, Proyecto México VIH sida, Ronda 9, siendo la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), la instancia designada en 2010 como Receptora Principal del Proyecto que tendría una duración, en su Fase 1, de dos años, mismos que comprenden del 1º de enero de 2011 al 31 de diciembre del 2012. Este proyecto busca la reducción la prevalencia del VIH ente los HSH y UDI hombres y mujeres, a través del desarrollo e implementación de estrategias de prevención; la mejora de la detección oportuna de la infección por el VIH; y la disminución del estigma y la discriminación contra los HSH y UDI en un marco de promoción de los derechos humanos⁶⁹.

En 2010 se constituyó el Grupo de Atención Integral para la Salud de la Adolescencia (GAIA),⁷⁰ dentro de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SS y CENSIDA, 2012), con el objetivo de unificar y fortalecer los distintos componentes de salud dirigidos a la población adolescente y mejorar la coordinación federal y estatal en materia de atención integral a la salud de esta población.

Con la inquietud de continuar mejorando las condiciones de vida de la población que es afectada por el VIH sida, el CENSIDA firmó un acuerdo de colaboración con el CONAPRED para promover los derechos humanos, así como para prevenir y castigar actos de discriminación hacia personas que viven con el VIH sida (PVV), además el CENSIDA ha difundido campañas masivas contra la discriminación de las PVV y la homofobia (Juárez y Gayet, 2010).

Desde mediados del 2010, esta misma institución ha trabajado para desarrollar una Estrategia Nacional de Adherencia (ENA), para fortalecer capacidades y destrezas en los equipos multidisciplinarios que trabajan en los CAPASITS y Servicios de Atención Integral, que atienden a las PVV y aumentar el apego al tratamiento en las PVV que acuden a esos servicios para mejorar su calidad de vida. En ese mismo año se desarrolló la propuesta preliminar del Plan de Acción para la Prevención de la Transmisión Vertical del VIH y la sífilis congénita (PTV), por lo que durante el 2011 se presentó esta propuesta en el seno del CONASIDA (SS y CENSIDA, 2012).

⁶⁹ Para mayor información ver página electrónica: <http://portal.funsalud.org.mx/?p=566>.

⁷⁰ Una de las principales actividades del GAIA en 2011, fue su colaboración en la planeación y ejecución del plan de trabajo de la Semana Nacional de Salud de la Adolescencia, cuyo objetivo fue promover estilos saludables entre la población adolescentes (10 a 19 años de edad) a través de la oferta de servicios, información y orientación (SS y CENSIDA, 2012).

En 2010, a través de CENSIDA se motivó el desarrollo de investigaciones en torno al VIH sida, tanto para implementar estrategias de prevención focalizada dirigidas a población en mayor riesgo (PEMAR), como para el desarrollo de proyectos dirigidos a mujeres en alta vulnerabilidad; con este fin, CENSIDA realizó dos convocatorias públicas para la presentación de propuestas de las OSC e instituciones académicas. Asimismo, se lanzó la quinta convocatoria pública de prevención focalizada, la cual consiste, fundamentalmente, en brindar financiamiento para la atención de poblaciones clave (HSH, HTSC, MTSC, personas privadas de su libertad, personas viviendo con VIH y UDI). En esta edición se entregaron recursos a 60 OSC's en todo el territorio nacional. En 2011 se financiaron 98 proyectos en 19 entidades.

También en 2010 Censida lanzó la primera Convocatoria de Prevención en Mujeres Vulnerables ante la Transmisión del VIH sida y otras ITS que buscaba atender a mujeres con VIH sida, mujeres embarazadas y mujeres adolescentes que sufren de violencia. En el diseño de este proyecto participaron INMUJERES, Salud Integral para la Mujer, A.C., Iniciativa de Política en Salud, A.C. de USAID, entre otros actores (CENSIDA, 2010).

Parte fundamental del trabajo de las instituciones y organismos involucrados en la atención del VIH sida y otras ITS es contar con fuentes de información adecuadas. En México éstas comenzaron a surgir poco tiempo después de identificar los primeros casos de VIH en el país. Actualmente existen tres insumos clave para la detección y el monitoreo de las infecciones: las encuestas nacionales con serología;⁷¹ las encuestas de vigilancia centinela que recolectan información con grupos previamente seleccionados, en sitios definidos y con una periodicidad determinada, lo que permite detectar cambios en la tendencia o distribución de la epidemia sin necesidad de estudiar a toda la población⁷²; y los resultados de la detección de anticuerpos en donantes voluntarios de sangre. Estos tres componentes forman parte de un esquema de vigilancia con metodología e indicadores de “primera generación”, que incluye información sobre casos de sida, infectados por VIH, vigilancia serológica centinela, detección de VIH en donadores y mortalidad por sida (Magis, *et al.*, 2008).

Durante la primera década del siglo XXI, se han desarrollado diversos proyectos que tienen como propósito generar fuentes de información para la vigilancia de segunda generación, consistentes en la identificación de comportamientos sexuales de grupos considerados clave.⁷³

⁷¹ Las encuestas con serología son instrumento más confiables por su cobertura geográfica y de precisión probabilística, pero que tienen un alto costo, por lo que no se realizan periódicamente. Se cuentan con muy pocos estudios empíricos que permitan apreciar la prevalencia de VIH en población general, sólo se cuenta con información de la Encuesta Nacional Seroepidemiológica (ENSE) 1987, la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000 y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006 y están en proceso los resultados de la ENSANUT 2011-2012.

⁷² Actualmente, la vigilancia centinela se ha generalizado en todo el territorio y se realiza en poblaciones de mujeres embarazadas, MTS y UDI, pero con mínima información de comportamiento sexual.

⁷³ El esquema de vigilancia con metodología e indicadores de segunda generación, estudia los comportamientos de riesgo de la población general y en HSH, MTSC, HTSC, UDI, migrantes, personas privadas de su libertad y otras subpoblaciones consideradas como de mayor vulnerabilidad. Lo relevante del método de vigilancia de segunda generación es que captura el nivel de riesgo que alcanza la diversidad de prácticas sexuales en la población, al

En estos proyectos han estado involucradas instancias nacionales como el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), el CENSIDA, instituciones académicas en el país e instancias internacionales, como ONUSIDA.

El tercer esquema de vigilancia epidemiológica se refiere a la importancia de inhibir el estigma y la discriminación hacia los portadores del VIH sida. La generación de información en esta dimensión de la vigilancia señala que, entre otros, que los HSH que son VIH-positivos mantienen en secreto los resultados de la prueba por sentir vergüenza o culpa; la pérdida de confidencialidad en los servicios de salud y en el lugar de trabajo también se encontraba presente entre sus preocupaciones (Juárez y Gayet, 2010).

Lo antes descrito muestra algunas de las acciones que se han implementado a fin de combatir la epidemia del VIH sida y otras ITS. Su enumeración también destaca las tareas pendientes. En el siguiente apartado se analizan las brechas existentes y las áreas que aún requieren ser atendidas para garantizar los derechos y la atención a la salud de las personas afectadas y quienes los rodean.

5. OPORTUNIDADES Y RECOMENDACIONES

Partiendo del diagnóstico anterior, a continuación se desarrollan algunas reflexiones en torno las posibilidades de intervenir reforzando las estrategias planteadas para el abatimiento de la transmisión de infecciones sexuales, o bien, generando cursos de acción nuevos.

1. Como en el resto de las áreas concernientes a la salud sexual y reproductiva de la población, en lo que respecta al VIH sida y al resto de las ITS, la consolidación del componente preventivo es fundamental. En este sentido, resulta apremiante continuar con la observancia de cada punto de la Declaratoria Ministerial para Prevenir con Educación que México suscribió en 2010, la cual establece la instrumentación de acciones específicas, basadas en evidencia científica y coordinadas de manera intersectorial entre las secretarías de salud y educación. Por principio, a dos años de la adición de México a esta iniciativa resulta relevante hacer una evaluación de los avances en cada uno de los puntos estipulados.
2. Un desafío apremiante en términos del tema del VIH sida, es lograr que tanto las agencias internacionales como el Fondo Mundial, continúen dotando a México con

tiempo que considera los posibles cambios que pueden estar en curso, cuando se asumen conductas preventivas. La utilidad radica en proporcionar información de cómo los patrones de conducta influyen en el desarrollo de la epidemia y las posibles formas por las cuales el VIH puede estar avanzando en la población general. Las variables que miden los estudios de segunda generación son: el uso del condón (con parejas ocasionales y parejas comerciales) y el número de parejas durante el último año, ya que de no practicarse el sexo con protección se incrementa el riesgo a medida que aumenta el número de compañeros sexuales (Magis, et al., 2008).

recursos financieros para generar mayores estudios respecto a este tema y la asesoría o experiencia que han adquirido al realizar este tipo de investigaciones en otros países que también son afectados por la epidemia, así como fondos para la compra de medicamentos y de insumos para la prevención del VIH sida.

3. También en el ámbito de la prevención, resulta imprescindible seguir apoyando el trabajo que realizan diversas organizaciones de la sociedad civil con grupos de población clave. El terreno que las asociaciones no gubernamentales han ganado en el trabajo con cada una de las poblaciones que presentan mayor propensión a la adquisición del VIH sida (HSH, HTSC, MTSC, UDI, camioneros de larga distancia, población privada de su libertad, personas en situación de calle) es enorme y hacen una labor fundamental llegando espacios muy focalizados en los cuales las instituciones gubernamentales tienen menor probabilidad de incidir.

Parte del apoyo a estas instancias consiste en el financiamiento de sus iniciativas, pero también resulta útil establecer programas periódicos de actualización y capacitación, suministro de materiales para su distribución, entre otros.

4. Los esfuerzos preventivos deberán duplicarse en aquellas entidades con mayor incidencia como Baja California, Distrito Federal, Jalisco, Morelos, Nayarit, Yucatán y Veracruz, sin desatender la demanda de prevención y atención oportuna del resto de las entidades federativas. En este sentido, el fortalecimiento de las acciones locales instrumentadas a través de los CAPASITS es fundamental.
5. Es fundamental que los programas de prevención en el futuro, se enfoquen en los grupos de mayor vulnerabilidad, pero también en la población joven, puesto que es ésta la que presenta los índices más altos de contacto sexual sin protección alguna.
6. A pesar de que durante 2010 no se contó con recursos para la realización de campañas en medios masivos, otras instancias internacionales, privadas y de la sociedad civil tomaron medidas conducentes para la generación de spots de televisión, radio y medios impresos. El desarrollo de campañas intensivas en medios de comunicación, planteadas desde una perspectiva de género y de derechos, con un mensaje claro de no discriminación, es imprescindible para alcanzar a la mayor cantidad de población posible.
7. En el terreno de la atención, se reconoce la universalidad de ARV en la población que vive con el VIH sida, objetivo que se ha cumplido desde 2003. Es altamente deseable que esta situación continúe y, aun, se refuerce, toda vez que no se ha logrado reducir ni detener la expansión del VIH sida en la población de 15 a 49 años, ni tampoco se ha conseguido que toda la población, pero especialmente los HSH, hagan uso del preservativo en sus relaciones sexuales, condiciones que ponen en riesgo de cumplimiento del ODM6 para el año 2015.

8. En lo que concierne a la vigilancia de las formas de estigmatización y discriminación a la que están sujetas las poblaciones clave, se recomienda continuar con la difusión de acciones encaminadas a reducir todo tipo de acciones discriminatorias. Estas acciones deberán considerar no sólo las especificidades de cada grupo considerado vulnerable, sino también estar enmarcadas en un contexto de derechos humanos universales y con perspectiva de género.
9. En términos de la producción de información, resulta crítico que se trabaje más sobre su calidad y oportunidad. Existen problemas de subregistro y retraso en la notificación de los casos de VIH sida e ITS; no se dispone de información sectorial y es prácticamente imposible acceder a las fuentes de información privadas.
10. Asimismo, se requiere mayor y más reciente información sobre los comportamientos sexuales y su relación con la prevalencia del VIH e ITS, tanto entre la población general como entre los grupos específicos. Para ello, es prioritario conducir un mayor número de nuevas investigaciones sobre la condición de riesgo en las poblaciones en sectores de la población marginados (indígenas y en poblaciones rurales), así como de las poblaciones de tránsito (migrantes), lo que ayudaría a reconocer los procesos y comportamientos particulares del VIH sida y otras ITS, para poder ser prevenidos, atendidos y combatidos.
11. En términos de la información de ITS, por ejemplo, existe información sobre la incidencia de casos de ITS pero no se establece cuántas de éstas se transmiten por vía sexual, dado que en algunos casos la transmisión de estas infecciones se debe a otras causas, por lo que sería pertinente que el SUIVE generara información más clara y precisa al respecto.
12. Asimismo, es indispensable que las fuentes de información utilicen las mismas metodologías de medición para lograr hacer comparables los resultados de los datos encontrados, con el propósito de conocer las necesidades de la población.

CAPÍTULO 6: PROMOCIÓN DE LA IGUALDAD ENTRE LOS GÉNEROS

1. INTRODUCCIÓN

México ha experimentado avances sustantivos en la generación e instrumentación de estrategias y mecanismos que contribuyan a la construcción de escenarios de igualdad entre hombres y mujeres en distintos ámbitos, tanto de la vida pública como de la privada.

Para ello, uno de los logros más importantes ha sido la creación de figuras legales, institucionales y presupuestarias que permitan gradualmente dar contenido y sentido a la declaración constitucional sobre la igualdad entre los sexos. La experiencia de los años recientes en esta materia permite entrever los desafíos relevantes en la instrumentación de dicha transversalidad, tanto en las acciones diseñadas y operadas por el Estado, como en los contextos privados de las relaciones sociales, espacios cotidianos en los que resulta de vital importancia materializar la igualdad entre hombres y mujeres.

Entre los retos más importantes que el país enfrenta en materia de equidad está el ejercicio sistemático de todas las formas de violencia contra las mujeres, toda vez que, si bien es cierto que la población femenina ha ganado espacios importantes en distintas esferas públicas, este proceso coexiste con un recrudecimiento de diversas expresiones de agresividad hacia las mujeres –en particular aquéllas que acumulan mayores desventajas- que las colocan en una situación de alta vulnerabilidad desde edades muy tempranas.

En el presente capítulo se identifican los instrumentos jurídicos y las instancias que, respectivamente, otorgan atribuciones y norman la operación de las acciones públicas en materia de igualdad de género, haciendo énfasis en aquéllas que buscan combatir la violencia por razones de género. Enseguida se presenta un breve diagnóstico de la situación que observan distintos ámbitos relevantes para el desarrollo de la población que se han constituido como espacios clásicos para la construcción y reproducción de la desigualdad de género. Finalmente, se relevan algunos de los temas pendientes o rezagados en este sentido, identificando áreas de oportunidad para la cooperación.

2. EL MARCO LEGAL E INSTITUCIONAL DE LA IGUALDAD ENTRE LOS GÉNEROS Y EL COMBATE A LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

En México y el mundo el tema de la desigualdad social que deriva de las diferencias biológicas entre hombres y mujeres fue puesto sobre la mesa desde hace aproximadamente cinco décadas. De entonces a la fecha, con el impulso de movimientos feministas y organizaciones de la sociedad civil, así como con el concurso de marcos internacionales para la acción pública en materia de equidad de género y combate a la violencia por esta razón (El Cairo en 1994, Beijing en 1995, Convención de Belém do Pará en 1994), en el país surgieron varias iniciativas que han buscado reconstituir los derechos de las mujeres.

En la historia reciente de la institucionalización de la equidad de género, la creación del Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) en 2001 fue un paso fundamental para la promoción de la “igualdad sustantiva en los ámbitos público y privado (...) y el empoderamiento de las mujeres” en el país, que establece la propia Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres (LGIMH), creada en 2006.

De acuerdo con su mandato, esta ley tiene por objeto regular y garantizar la igualdad entre los sexos, así como promover los lineamientos y mecanismos institucionales mediante los cuales se lograría la igualdad de oportunidades y de trato, la no discriminación, el ejercicio pleno de los derechos de las mujeres y su participación equitativa en todos los ámbitos de la vida pública. Los ordenamientos de esta ley son aplicables a todas las instancias de la administración pública y su observancia recae en los tres niveles de gobierno (DOF, 2006).

Por otra parte, reconociendo en la equidad de género un elemento clave para el desarrollo y bienestar de la población, el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 (PND), dentro del Eje 3. Igualdad de Oportunidades, establece en el apartado 3.5 la igualdad entre hombres y mujeres y, dentro de éste, el objetivo 16 que busca “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”. Para ello, el PND 2007-2012 desarrolla nueve estrategias que establecen la transversalidad de la perspectiva de género en las acciones del gobierno a cualquier nivel, el combate a la discriminación de la mujer en diferentes ámbitos, la promoción de su integración a los sistemas político, educativo y laboral, y el énfasis en la atención de las mujeres en situación de pobreza.

Dichas estrategias fueron incorporadas y ampliadas en el Programa Nacional de Igualdad entre Mujeres y Hombres 2008-2012 (PROIGUALDAD), cuya coordinación y operación está a cargo del INMUJERES y tiene por objeto dar cumplimiento a la LGIMH y a la propia ley del Instituto.

El PROIGUALDAD concibe dos vertientes principales de acción en la consecución de la transversalidad de la perspectiva de género en toda política pública. En primer lugar, establece como requisito necesario la construcción de una cultura institucional que incorpore la igualdad entre hombres y mujeres en la práctica cotidiana de sus funciones. En segundo lugar, obliga a la incorporación de la perspectiva de género en todo ejercicio de planeación estratégica, desde el diseño hasta la operación y seguimiento de las acciones específicas, de tal manera que “se garantice un impacto positivo en beneficio de las mujeres” (INMUJERES, 2008).

A fin de avanzar en ambos sentidos, la Ley del Instituto Nacional de las Mujeres instruye a dicha institución a orientar sus acciones en tres sentidos fundamentales: *i*) la capacitación y formación de recursos institucionales, *ii*) el establecimiento de mecanismos de coordinación y colaboración interinstitucional, y *iii*) la generación de información e indicadores en materia de igualdad entre sexos.

Con el propósito de desempeñar dichas funciones, y en conformidad con lo establecido en la LGIMH, la labor de INMUJERES en términos de la asignación de presupuesto específico para las acciones de equidad de género en distintos ámbitos ha sido un paso fundamental, sin el cual prácticamente ninguna política pública logra prosperar. Así, el presupuesto destinando a las iniciativas que busquen igualar las condiciones entre hombres y mujeres ha experimentado incrementos constantes en los últimos años y se encuentra etiquetado para dicho fin. Desde 2008, existe un anexo específico (el Anexo X) en el Presupuesto de Egresos de la Federación, que otorga recursos y da seguimiento a las intervenciones en materia de género.

La labor de transversalidad que el INMUJERES debe llevar a cabo a fin de concretar el diseño y operación de acciones específicas tendientes a superar rezagos de la población femenina en materia de educación, salud o incorporación al sistema laboral o político, entre otros, es intensa y tiende a reflejarse en múltiples programas.⁷⁴ Sin embargo, existen tres marcos programáticos fundamentales que, bajo la batuta del INMUJERES, coordinan las acciones que en la materia se instrumentan desde la administración pública federal.

El primero de ellos es el Programa de Fortalecimiento de la Transversalidad de la Perspectiva de Género, fundado en 2008 y fusionado en 2009 con el Fondo de Apoyo a los Mecanismos para el Adelanto de las Mujeres en las Entidades Federativas para la Atención Integral de las Mujeres Víctimas de Violencia de Género.⁷⁵

El segundo es el Fondo Proequidad, el cual tiene como fin dotar de recursos a las organizaciones de la sociedad civil que desarrollan proyectos cuyo propósito tiende al desarrollo de las mujeres. Cada uno de ellos es recibido mediante convocatoria abierta y las propuestas son evaluadas y dictaminadas. La primera emisión de este componente tuvo lugar en 2002.

El tercer elemento troncal de las acciones del INMUJERES se concreta en el Modelo de Equidad de Género, el cual representa una plataforma a partir de la cual instituciones públicas o privadas, así como la sociedad civil organizada pueden incorporar la perspectiva de género a su misión, visión, objetivo y prácticas específicas. Con la aplicación de esta herramienta, las instituciones u organizaciones se certifican en la observancia del Modelo de Equidad de Género, lo cual equivale a validar que se rigen por prácticas adecuadas en materia de igualdad laboral para hombres y mujeres.

Con el fin de atender una de las expresiones más visibles y crudas de la desigualdad de género, en 2007 se creó la Ley General del Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV), la cual tiene como antecedente directo los acuerdos internacionales emanados de la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer

⁷⁴ Para mayor información sobre algunos programas destacados coordinados por el INMUJERES junto con otras instancias de la administración pública federal, véase el capítulo V del Informe de Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo Cairo + 15 (CONAPO, 2009).

⁷⁵ Este programa cuenta con evaluaciones externas de desempeño y consistencia y resultados.

(CEDAW) y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención Belém Do Pará). La LGAMVLV tiene por objeto explícito establecer la coordinación entre el gobierno federal, las entidades y los municipios para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres. Con este fin, la LGAMVLV define los elementos imprescindibles para la comprensión de la igualdad de género, las situaciones y tipos de violencia o agresión hacia las mujeres y las funciones que cada nivel de gobierno debe realizar en esta tarea (DOF, 2007).

En 2007 el INMUJERES diseñó el Programa para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres. Sin embargo, en 2009 el rediseño y operación de este programa fue encargado a la Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (CONAVIM), creada en el mismo año dentro de la Secretaría de Gobernación, y teniendo como antecedente la creación de la Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en Ciudad Juárez, de 2004.

El Programa Integral buscar dar cumplimiento al mandato de la LGAMVLV sobre la obligación del gobierno federal, a través del Sistema Nacional de elaborar el Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres,⁷⁶ para garantizar su seguridad y contribuir a mejorar su calidad de vida y bienestar, conforme a los principios de igualdad, no discriminación y respeto por su dignidad y libertad (CONAVIM, s/f).

Para ello, el Programa se organiza en cuatro ejes de acción, cada uno compuesto por un amplio conjunto de estrategias y acciones. El primero, la prevención, busca transformar los patrones de comportamiento de la población a través de diversas acciones que tiendan a reducir los factores de riesgo de las diferentes modalidades y tipos de violencia.⁷⁷

El segundo eje, la atención, buscar generar mecanismos de detección e identificación de tipos y modalidades de violencia contra las mujeres, con el propósito de que éstas accedan a la atención necesaria para reducir, contener o revertir daños y secuelas, y, en su caso, acceder a la justicia. Al respecto, el Programa señala que la atención deberá ser inmediata y de primer contacto y, según se requiera, tendrá que ser básica general o especializada.

El tercer componente es la sanción, y tiene como objetivo general, garantizar a las mujeres el acceso a la justicia mediante el impulso a los procesos de armonización legislativa en los tres niveles de gobierno.

⁷⁶ El Sistema se encuentra presidido por la SEGOB, su secretaria ejecutiva recae en el INMUJERES y se nutre de la participación de las 32 entidades federativas.

⁷⁷ Los indicadores dispuestos para dar monitoreo y evaluación a este componente son prevalencias sobre la experiencia de algún tipo de violencia experimentada, los cuales se esperaba que disminuyeran para cumplir las metas planteadas. Sin embargo, valdría la pena considerar que estos indicadores rebasan la prevención y podrían perfectamente medir el impacto de las acciones. De esta forma, es posible que el efecto de las acciones de prevención no logren reflejarse, en el tiempo planteado, en la medición de estos indicadores.

El cuarto y último componente, la erradicación, plantea un conjunto de acciones orientadas a la creación y consolidación de un sistema de información estadística que aporte información sobre aspectos relativos a los componentes anteriores, a fin de dar seguimiento a la violencia contra las mujeres como fenómeno social y encaminar las acciones públicas hacia el desaliento de cualquier práctica violenta (CONAVIM s/f).

Por su parte, la SS también tiene a su cargo la operación del Programa de Acción Específico 2007-2012 Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género (PAVFG). Dada su inscripción dentro del sector salud, el PAVFG tiene como objeto principal la reducción de los daños causados por la violencia familiar y/o de género, poniendo especial atención en mujeres que se encuentren en condición de vulnerabilidad.

Para ello, se plantea como objetivos específicos la promoción de la detección temprana de la violencia familiar y de género en las instituciones del Sistema Nacional de Salud (SNS); garantizar el acceso a servicios de atención médica y psicológica especializada en la materia; contribuir a que las mujeres violentadas de manera extrema y sus descendientes cuenten con espacios seguros donde puedan ser atendidos de forma integral; contribuir, con estas acciones, a promover la vida libre de violencia como derecho de las mujeres; contar con información científica, actualizada, íntegra y comparable sobre el fenómeno de la violencia de género en México y sus consecuencias sobre la salud; y promover la atención integral, solidaria, con perspectiva de género, respetuosa, multidisciplinaria e institucional que evite la revictimización de las personas afectadas (SS, 2008c).

En abril de 2009 se actualizó la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005 “Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención”. Para incorporar el nuevo marco regulatorio, se actualizó el Modelo Integrado de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual, y se definieron 5 protocolos de atención y apoyo psicoemocional para atender a las usuarias, dependiendo del tipo de violencia.

Una forma particular de violencia y explotación a la que la población se encuentra sujeta, con especial participación de las niñas y adolescentes, es la trata de personas. Si bien el reconocimiento a esta problemática es de larga data, el auge reciente que ha tenido en el país responde a una coyuntura poco favorable que combina intensos flujos migratorios (México es país de origen, tránsito y llegada de migrantes), una acentuada condición de pobreza (como vimos en el capítulo 1) y la actuación impune de la delincuencia organizada, la cual encuentra en el tráfico de personas y su explotación una veta económica tanto o más redituable que el tráfico de estupefacientes.

Este tipo de delitos se encuentran penalizados, por principio, en la CPEUM, toda vez que resguarda el derecho a la libertad de manera irrestricta y ha elevado a rango Constitucional los diversos tratados que México ha suscrito para prevenir, atender, sancionar y erradicar la trata de personas. Las actividades ilícitas también están tipificadas en el Código Penal de la Federación y en la Ley Federal Contra la Delincuencia Organizada, instrumentos fundamentales

que fueron modificados en 2007 por el Congreso, para adicionar y derogar disposiciones relacionadas con el tratamiento de la explotación sexual infantil.⁷⁸

En 2009 se creó la Fiscalía Especial para los Delitos de Violencia contra las Mujeres y la Trata de personas.⁷⁹ Este órgano de justifica, adscrito a la Procuraduría General de la República, fue instaurado con el fin de investigar y combatir ambos delitos, participar en la formulación de políticas públicas que prevengan o traten a la población que ha experimentado estos tipos de delitos y colaborar en la búsqueda de mujeres y niñas desaparecidas.

La Comisión Nacional de Derechos Humanos desarrolló un Programa Contra la Trata de Personas, el cual busca, con la contribución de diversas instancias de la administración pública, prevenir el delito, dar protección y atención a las víctimas y colaborar en el levantamiento de quejas sobre la violación de derechos humanos de las personas afectadas. El Programa se plantea dos ejes de acción principales: prevenir el “enganche” de las víctimas (mediante capacitación de funcionarios, campañas de sensibilización, creación de Comités regionales, entre otros) y el desarrollo de acciones públicas que reduzcan la vulnerabilidad de los grupos que con mayor frecuencia son objeto del delito (CNDH, s/f).

En enero de 2011 se firmó el Decreto mediante el cual se crea el Programa Nacional para Prevenir y Sancionar la Trata de Personas (PNPST) 2010-2012. Según el documento, la elaboración del mismo estuvo a cargo de diversas instancias del gobierno, de la sociedad civil, la academia y organismos públicos de protección y defensa de los derechos humanos (DOF, s/f).

No fue hasta abril de 2012 que se promulgó la Ley para Prevenir y Sancionar la Trata de Personas, la cual establece medidas de reparación del daño y de protección a víctimas, promueve el desarrollo de políticas públicas y establece la obligación de elaborar un Programa Nacional en materia de trata de personas. Asimismo, la Ley obliga a la generación de un fondo nacional y de fondos estatales para la protección y asistencia de las víctimas de los delitos referidos en la Ley.

Dada la relevancia de la migración en el fenómeno, instancias como la Organización Internacional de las Migraciones (OIM), el Instituto Nacional de Migración (INM), entre otros, han estado involucrados en diversas iniciativas para promover la prevención del delito de trata.

⁷⁸ Las reformas realizadas se relacionan con el aumento de condenas a delitos ya previstos, con la tipificación de delitos graves el turismo sexual contra personas menores de 18 años de edad, la pornografía infantil en todas sus modalidades, la trata de personas menores de 18 años y el lenocinio de personas menores de 18 años. En esta reforma también se agravan las sanciones cuando los delitos son cometidos por familiares, tutores, funcionarios públicos, maestros, ministros de culto, entre otras personas. Se da un cambio sustancial al reconocer que cuando se comete alguno de estos delitos, además de una flagrante violación a la Convención sobre los Derechos del Niño, se atenta contra el libre desarrollo de la personalidad de las personas menores de 18 años de edad y no contra la moral y las buenas costumbres, como se preveía con anterioridad.

⁷⁹ La FEVIMTRA tiene como antecedente a la FEVIM, creada en 2006.

Entre éstas y otras instancias, han desarrollado diversas campañas en medios masivos de comunicación, con el fin de sensibilizar a la población sobre la trata y la pornografía infantil. Así, en enero de 2012 fue lanzada la campaña “Jugar con marionetas es divertido, jugar con personas no es diversión... ¡es trata!”, realizada por el Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE) y la IOM México. En 2011, el Centro Integral de Atención a la Mujer (CIAM) lanzó la campaña “Yo no estoy en Venta” en algunas localidades de país con actividad intensa de turismo sexual, trata y prostitución infantil. En 2010, la Oficina de las Naciones Unidas para las Drogas y el Crimen (UNDOC) y el gobierno mexicano lanzaron en el país la campaña “Corazón Azul”.

3. ANÁLISIS DE BRECHAS PARA LA IGUALDAD ENTRE HOMBRES Y MUJERES Y PARA EL COMBATE A LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Hasta ahora, los resultados de las acciones orientadas bajo el principio de la igualdad entre hombres y mujeres son favorables en términos de la reducción de brechas en el acceso a diversos recursos, aunque persisten rezagos en diversos ámbitos imprescindibles para el desarrollo de la población, como la educación, la salud o el trabajo. Asimismo, como parte del escenario de violencia sistemática que vive el país, las formas de violencia ejecutadas en contra de las mujeres parecen recrudecerse, en particular, cuando se manifiestan de la mano del crimen organizado.

A continuación se presenta un breve diagnóstico del estado que guardan las esferas señaladas. La información sobre educación, salud y trabajo provienen, justamente, de uno de los diagnósticos generados como parte del esquema de producción en materia de género, el informe “Mujeres y Hombres en México 2011”, elaborado por el INEGI en colaboración con el INMUJERES y publicado en 2012. Por su parte, la información sobre violencia contra las mujeres y trata de personas, se retoma de diferentes fuentes.

EDUCACIÓN

En México la cobertura educativa ha mostrado incrementos constantes que benefician tanto a hombres como mujeres. La participación de niñas y niños en la educación básica es prácticamente universal y apenas un poco menor, para ambos, en el nivel secundario. Si bien en años previos la transición entre la primaria y la secundaria presentaba los mayores niveles de deserción, de acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2010, esta problemática se presenta ahora en el tránsito de la secundaria a la educación media superior, nivel en el que los porcentajes de asistencia descienden a poco más de dos de cada tres hombres y apenas poco más mujeres (68%). En las zonas más urbanizadas la participación de las mujeres en el bachillerato es mayor a la de los hombres; en el ámbito rural, no se aprecian diferencias notables, lo cual constituye un logro sustantivo de acciones afirmativas que, mediante diversos medios, han incentivado la participación de las mujeres en el sistema escolar con especial

ahínco.⁸⁰ Finalmente, hombres y mujeres asisten en proporciones semejantes al nivel universitario con proporciones apenas superiores al 25%.

SALUD

Durante la última década la cobertura de los servicios de salud ha experimentado incrementos significativos al transitar de un modelo de derechohabencia vinculado a la participación en el mercado laboral formal, a otro de cobertura universal. En el primer esquema la población femenina se encuentra en franca desventaja dada, por una parte, sus menores –aunque crecientes– tasas de participación laboral y, por otra parte, su propensión a incorporarse a actividades económicas dentro del sector informal.

La creación del Seguro Popular (SP) en 2004 logró que el porcentaje de población con derechohabencia o afiliación a algún servicio de salud aumentara de cerca de cuatro de cada diez personas en 2000 a dos de cada tres en 2010. Las mujeres presentan mayores porcentajes de afiliación –en todas las edades y para cualquier tamaño de localidad– que se relacionan con las características del esquema de incorporación al SP, el cual reconoce en la población femenina un grupo particularmente vulnerable en materia de salud (DOF, 2004).

Así, cerca de la mitad de la población es derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 50.0% en caso de los hombres y 47.7% en el de las mujeres. Les sigue en importancia el SP, al que están afiliados 35.1% de los hombres y 37.1% de las mujeres.

En términos de derechohabencia o afiliación parecería que la situación de hombres y mujeres es relativamente parecida. Sin embargo, es importante enfatizar que existen diferencias en las características de la atención brindada por uno y otro servicio en términos de la cobertura de intervenciones de salud que ofrecen, la infraestructura física y los recursos humanos y tecnológicos de los que disponen. Los servicios de la Secretaría de Salud para población abierta, que son los que predominantemente acogen a la población afiliada al SP, tienden a tener menor capacidad de atención. Es en este tipo de servicios en los que las mujeres se encuentran ligeramente sobrerrepresentadas.

En lo que concierne a los servicios de salud otorgados por instituciones de seguridad social, es importante destacar que las mujeres tienden a depender de otros miembros del hogar para acceder a ellos –fundamentalmente por parentesco. Según datos del Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (MCS-ENIGH) de 2010, por cada cien hombres con acceso directo a servicios de salud, hay 59 mujeres con el mismo tipo de vínculo. En cambio, por cada cien varones con acceso indirecto, hay 161 mujeres en las mismas condiciones.

⁸⁰ Sin embargo, es importante destacar que los porcentajes de asistencia entre la población hablante de lengua indígena son menores para todos los niveles y las diferencias entre la asistencia de hombres y mujeres es más amplia y menos favorecedora para las mujeres, en particular de los 15 años en adelante.

TRABAJO

El mundo del trabajo, remunerado y no remunerado, es un espacio crítico para la reproducción de la desigualdad de género. La participación de hombres y mujeres en uno y otro es un reflejo directo de los roles socialmente construidos y asignados a los individuos, reservando para los hombres el ámbito público –tradicionalmente considerado como el único productivo- y para las mujeres la esfera privada.

Si se considera el trabajo total (remunerado y no remunerado), la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) indica que entre 2005 y 2010 la tasa de participación de las mujeres es más alta que la de los hombres (97.9% contra 94.0 en 2010) y estas cifras prácticamente no experimentaron cambios entre 2005 y 2010.

Sin embargo, al analizar la composición del trabajo según su naturaleza remunerada o no, las diferencias son nítidas. En 2010, la participación de las mujeres en el trabajo no remunerado asciende a 61.8%, mientras que la de los hombres es de 26.3%. Tampoco se observan cambios a lo largo del tiempo. Las tasas de participación en el trabajo no remunerado tienden a ser mayores entre las mujeres menos escolarizadas, unidas, con mayor número de hijos⁸¹ y residentes en localidades de menor tamaño.

Entre el trabajo no remunerado es posible distinguir diversas tareas, como los quehaceres domésticos, el mantenimiento de la vivienda o los cuidados a otros. La participación de las mujeres asciende a 75.5, 16.1 y 90.7%, respectivamente.

De acuerdo con datos del MCS-ENIGH 2010, las mujeres dedican alrededor de 17 horas semanales más que los hombres a los quehaceres domésticos, situación particularmente notable entre la población de 45 a 64 años de edad. Esta situación es ligeramente mayor en condiciones de pobreza, en las que la diferencia se eleva a 20 horas promedio a la semana, lo cual se atribuye a las deficientes condiciones de la vivienda y la infraestructura de servicios a la que tiene acceso la población pobre.

En cuanto al trabajo remunerado, si bien tampoco hay cambios en los últimos cinco años, las tasas de los hombres duplican a las de las mujeres (67.7% contra 36.1, respectivamente). La participación de la población femenina en el trabajo remunerado es menor entre las mujeres con menor exposición a la educación formal, unidas, con mayor número de hijos.

Además, las mujeres tienden a estar sobrerrepresentadas en actividades del sector servicios, relacionadas con la prestación de servicios personales, como comerciantes, oficinistas o trabajadoras de la educación. Se trata de actividades que responden a la división sexual del trabajo, toda vez que son tareas que extienden las labores de cuidado, crianza o producción de bienes y servicios domésticos, colocados ahora en el espacio público.

⁸¹ Es de 74.5% para mujeres con seis hijos o más, contra 55.4% entre quienes han tenido uno o dos hijos nacidos vivos.

Son tareas que se caracterizan por su flexibilidad para combinar el trabajo remunerado con el doméstico no remunerado, aunque dicha plasticidad frecuentemente se traduce en condiciones laborales precarias. Según el MCS-ENIGH 2010, la brecha en las proporciones de hombres y mujeres que trabajan sin contar con un contrato es de casi siete puntos porcentuales, siendo mayor la de las mujeres (50.0% de las mujeres trabajadoras subordinadas de 16 años o más).

Finalmente, de acuerdo con la ENDIREH 2011, si bien tres de cada cuatro mujeres ocupadas de 15 años y más no consideran haber sido objeto de discriminación laboral, entre la cuarta parte restante, la mitad refiere que ha percibido honorarios menores a los de un hombre con el mismo puesto; 53% considera que ha tenido menos oportunidad que un hombre para ascender; 33% ha recibido menos prestaciones que un colega varón del mismo nivel y puesto. Finalmente, a cerca de tres de cada diez le han solicitado una prueba de embarazo para comenzar a trabajar.⁸²

VIOLENCIA DE GÉNERO

La difusión de información más reciente sobre violencia de género surge con la Encuesta Nacional de la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH), de la cual ya existen tres ediciones: 2006, 2009 y 2011.

De acuerdo con los resultados de la ENDIREH 2011, la mitad de las mujeres de 15 años y más experimentaron algún tipo de violencia con su última pareja (o actual). El tipo de violencia ejercida con mayor frecuencia es la emocional (47%), seguida de la económica (24%), la física (14%) y, por último, la sexual (7%). Asimismo, cuatro de cada diez mujeres que fueron violentadas por sus parejas experimentaron situaciones de violencia en sus hogares de origen.

Una de las fases claves para la prevención, identificación o atención de la violencia entre pareja es el noviazgo. En reconocimiento de ello, el Instituto Mexicano de la Juventud, junto con el INEGI, realizaron en 2007 la Encuesta Nacional de Violencia en el Noviazgo (ENVIN), la cual tuvo como población objetivo a mujeres y hombres solteros entre 15 y 24 años de edad (Imjuve, 2011).⁸³

Los resultados de esta encuesta permitieron concluir que la confusión entre el afecto y prácticas que violentan al otro es amplia entre las y los jóvenes mexicanos. Destaca, por principio, que alrededor de la quinta parte de los jóvenes proviene de hogares en los que existían insultos, y éstos provenían fundamentalmente del padre hacia la madre (43%). No es de extrañar que, entre las y los jóvenes que recibían insultos, (17%) la gran mayoría los recibiera de

⁸² Entre las recomendaciones que la CEDAW hizo recientemente a México se manifiesta la preocupación de la Convención por la persistencia de prácticas intimidatorias contra las mujeres en el ámbito laboral, entre ellas, la solicitud de pruebas de embarazo para obtener o mantener un empleo o la exposición de mujeres embarazadas a labores extenuantes o de alto riesgo, con el fin de obligarlas a dejar el trabajo (CEDAW, 2012).

⁸³ Los resultados se consultaron en el informe “Violencia en las relaciones de noviazgo. Encuesta nacional 2007” publicado por el IMJUVE y la Secretaría de Educación Pública. El documento se encuentra disponible en <http://cendoc.imjuventud.gob.mx/clr/docs/pdfli/0910000.swf>

los progenitores varones (79%). La dinámica expuesta es similar para el caso de los antecedentes de violencia física: poco menos de 10% de los jóvenes vivieron la infancia en hogares donde había golpes entre los padres; en 70% de los casos, las agresiones físicas provenían de los hombres adultos. Nueve de cada diez jóvenes que residían en estos hogares también eran golpeados por sus padres.

Las agresiones en el noviazgo tienden a pasar un tanto desapercibidas. Sin embargo, de acuerdo con la ENVIN 2007, tres de cada cuatro mujeres y hombres jóvenes son capaces de identificar que vivieron violencia emocional durante el noviazgo; 15.5% experimentó violencia física y 16.5% vivió violencia sexual. En esta última, 30% de las mujeres entrevistadas fueron forzadas por sus parejas a tener relaciones sexuales, además de que a 65% de ellas las forzaron a realizar conductas que las avergonzaban o las perturbaban.

En síntesis, la ENVIN 2007 muestra la notoria incapacidad de las y los jóvenes para diferenciar muestras de lo que consideran afecto con signos o expresiones claras de violencia. El proceso de socialización al que han estado expuestos desde sus hogares no les ha provisto de los elementos necesarios para identificar o rechazar tajantemente situaciones que los vulneren y tienden a reproducir relaciones de subordinación en sus propias relaciones, las cuales afectan preponderantemente a las mujeres.

La dificultad para identificar los signos de agresión favorece la escalada de violencia, pudiendo culminar con la muerte de las mujeres. Parte de esa misma complejidad para separar un trato violento de lo que se concibe como “normal”, contribuye a la invisibilización del feminicidio como fenómeno social.

Dicha opacidad se refleja en la disposición de información estadística sobre el número de muertes violentas de mujeres y sus características. Una fuente de información posible para este análisis son las estadísticas vitales de mortalidad, en las cuales es posible identificar la causa de la muerte y distinguir aquéllas que han sido violentas. Sin embargo, esta fuente tiende a subestimar los feminicidios dada, por un lado, la mala clasificación de las defunciones que, en ocasiones, suelen ser declaradas como accidentes o suicidios y, por otro lado, el elevado número de defunciones de mujeres que no son reportadas.⁸⁴ Así, como señala un estudio elaborado por ONU Mujeres, Inmujeres y la LXI Legislatura en la Cámara de Diputados, la estadística que es posible reportar a partir de las estadísticas de mortalidad –las cuales son consideradas como la única aproximación empírica posible– son *defunciones femeninas con presunción de homicidio* (ONU Mujeres et al., 2011).

Con base en este concepto, en los últimos 25 años han ocurrido 34, 176 muertes violentas de mujeres, de las cuales poco más de 7mil (20%) sucedieron entre 2005 y 2009. De acuerdo con el reporte citado, hasta 2007, la tendencia en el registro de defunciones femeninas por presunción de homicidio era al descenso. Sin embargo, entre 2008 y 2009 se observó un

⁸⁴ Toda vez que se pueden tratar de mujeres reportadas como desaparecidas.

aumento cercano al 70%.⁸⁵ Cerca de la mitad de las muertes de 2009 son de mujeres solteras de 12 años y más; en menos de 6% se presume que hubo violencia familiar; 36.4% de ellas ocurrió en una vivienda y cerca de 35.8% en la vía pública. En cuatro de cada diez, la muerte ocurrió por lesión de arma de fuego. La entidad que registra un mayor número de defunciones femeninas por presunción de homicidio es Chihuahua, seguida de Baja California y Guerrero (ONU Mujeres *et al.*, 2011).

El panorama provisto por este estudio muestra una coyuntura compleja, en la que, al tiempo que se fortalecen los marcos jurídicos y legales para la atención de la violencia contra las mujeres, el recrudecimiento de la violencia en el país agudiza todas sus expresiones y rebasa la capacidad de las instituciones.

Finalmente, en cuanto a la trata de personas, de acuerdo con el reporte sobre tráfico de personas realizado por el Departamento de Estado de EUA, México es clasificado como un país de “nivel 2”, en el cual se encuentran países cuyos gobiernos no cumplen con los acuerdos para la protección de víctimas del tráfico de personas.⁸⁶ Esta categoría reconoce, sin embargo, que son países que realizan esfuerzos encaminado a cumplir dichos acuerdos.

De acuerdo con este reporte, la trata de personas en México involucra predominantemente a mujeres, niñas y niños, población indígena y migrantes indocumentados. Estos grupos son explotados laboral o sexualmente, tanto en Estados Unidos como en México. Se les destina al comercio sexual, trabajos forzados en agricultura o construcción, servicio doméstico, tráfico de drogas –como “mulas”- o prácticas de mendicidad. El reclutamiento ocurre mediante ofertas fraudulentas de trabajo o la participación engañosa en relaciones amorosas.

La mayoría de las víctimas de trata identificadas en 2010 provenían de Chiapas, Veracruz, Puebla, Oaxaca y Tlaxcala. Sin embargo, un contingente importante de víctimas son extranjeros –muchos de ellos menores sin acompañamiento que buscan reunirse con familiares en Estados Unidos- provenientes de Guatemala, Honduras y El Salvador, muchas de las cuales atraviesan el país para llegar a Estados Unidos y, en menor medida, Canadá. Sin embargo, no es poco frecuente encontrar en el país víctimas de trata que provienen de Sudamérica, el Caribe, Europa Oriental, Asia o África.

De acuerdo con el diagnóstico, los varones –adultos y niños- provenientes de entidades del sur del país son sometidos a trabajos forzados en los estados de la frontera norte, mientras que los varones centroamericanos, predominantemente guatemaltecos, son explotados en campos del sur del país.

⁸⁵ Al respecto, el reporte también acusa un crecimiento alarmante de las muertes por presunción de homicidio de varones, las cuales pasaron de 7,740 en 2007 (la menor cifra desde 1985) a 17,161 en 2009 (3,100 más que en 1985).

⁸⁶ Entre ellos, los acuerdos alcanzados en el Protocolo de las Naciones Unidas para prevenir, eliminar y sancionar el tráfico de personas, especialmente, niñas, niños y mujeres (Protocolo de Palermo).

La explotación sexual a través del turismo sexual es un campo destinado, si bien no de manera exclusiva, sí predominantemente a mujeres adultas, adolescentes y niñas. En México este fenómeno se presenta con intensidad en ciudades como Acapulco, Cancún, Tijuana y Ciudad Juárez. El principal mercado que encuentra el turismo sexual infantil en el país son los turistas estadounidenses, canadienses y europeos, además de algunos ciudadanos mexicanos.

Las intrincadas redes que se han tejido entre el tráfico de personas y las organizaciones del crimen organizado, tanto nacionales como internacionales, agudizan el miedo de la población y reduce la capacidad de gobiernos para actuar.

4. ANÁLISIS INSTITUCIONAL DE LAS ACCIONES PARA LA IGUALDAD ENTRE HOMBRES Y MUJERES Y EL COMBATE A LA VIOLENCIA DE GÉNERO

El conjunto de acciones desarrolladas en materia de igualdad entre hombres y mujeres es muy amplio y se encuentra sistematizado en los diversos reportes oficiales que el país ha desarrollado para dar cuenta de logros y desafíos. Gradualmente, los recursos financieros destinados a las acciones que favorecen la igualdad de hombres y mujeres aumentan y son cada vez más los ámbitos para los que existen acciones específicas que buscan incrementar el acceso de las mujeres a diversas oportunidades para el desarrollo.

En éste, como en otros temas, la elevación a rango constitucional de pactos y acuerdos internacionales signados por México, así como la obligación de observar el principio pro persona en todo momento, establecidos por la reforma constitucional de 2011, contribuyen de manera crítica a la generación e instrumentación de acciones que den cumplimiento a los mismos. Asimismo, los logros alcanzados en materia legislativa, dada la promulgación de diversas leyes diseñadas para atender el creciente problema de violencia de género en México, son fundamentales para todo proyecto que busque resguardar los derechos de la población.

Existe un cúmulo de aspectos sobre los que México deberá seguir trabajando para avanzar hacia la igualdad entre hombres y mujeres. Sin embargo, una dimensión no sólo necesaria sino urgente, en torno a la cual, además, se plantea la mayor complejidad, es la violencia. Los niveles de inseguridad y violencia generados por el conflicto armado que vive el país, aunados a la naturaleza estructural de la violencia contra las mujeres, se combinan y potencian de un modo que es apremiante revertir.

De acuerdo con las *Observaciones definitivas de la CEDAW* a los reportes 7 y 8 consolidados que México elaboró, a nivel internacional es claro que la estrategia de seguridad pública para combatir al crimen organizado, combinada con la impunidad y corrupción persistentes, han contribuido a intensificar los patrones preexistentes de discriminación y violencia contra las mujeres en México, las cuales se encuentran enraizadas en actitudes patriarcales y en la minimización o invisibilización del fenómeno. En este sentido, se acusan niveles crecientes de

violencia doméstica, desapariciones forzadas, tortura y asesinatos, concretamente feminicidios, tanto por parte de actores del Estado⁸⁷ como particulares, en especial el crimen organizado (CEDAW, 2012).

En este contexto, uno de los grandes obstáculos para el combate contra la violencia de género es la falta de armonización legislativa. Si bien a nivel federal se ha avanzado en la unificación de definiciones y acatamiento de diversas normas, éstas no han logrado aterrizar en cada una de las entidades que conforman al país, o bien, las nociones utilizadas son distintas –por ejemplo, de aborto, violación, desaparición forzada, trata, lesiones u homicidios-, lo cual se traduce en una aplicación diferente de la ley, que profundiza la discriminación contra mujeres. Esta falta de coordinación se traduce en la ausencia permanente de mecanismos que monitoreen la instrumentación de leyes que buscan garantizar el acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, pero también a otro tipo de regulaciones como el acceso a la salud o la educación.

Una consecuencia extrema de estos vacíos y contradicciones legales es la discrepancia entre las definiciones de feminicidio que establece la LGAMVLV⁸⁸ y las que se señalan en los códigos penales locales, lo cual redundando en la acumulación de imprecisiones o faltas en los procedimientos para registrar y documentar las muertes de las mujeres. Esto se traduce no sólo en investigaciones deficientes, sino también en la notificación inoportuna de las familias, reduciendo el margen de acción para combatir el fenómeno.

Además de la falta de un conjunto de leyes armonizado y de aplicación incondicional en cualquier lugar del país, los instrumentos ya existentes tampoco son aplicados a cabalidad. Si bien la indolencia es un factor importante para ello, también lo es la concentración de recursos humanos, físicos y financieros en algunas regiones, generando vacíos en otras que tendrán menor capacidad de respuesta.

En este sentido, la CEDAW ha manifestado su preocupación por el escaso progreso que han mostrado las entidades del país en la implementación de mecanismos que echen a andar las Alertas de Género. Esto es particularmente importante en entidades como Chiapas, Guanajuato, Jalisco, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, el Estado de México, Veracruz, Quintana Roo, así como la Ciudad de México o Ciudad Juárez, lugares donde los feminicidios muestran tendencias alarmantes en los últimos años. La misma tendencia se aprecia en la ocurrencia de desapariciones forzadas, las cuales ni siquiera constituyen delitos en algunos códigos penales

⁸⁷ La CEDAW manifestó su preocupación por la ocurrencia de violencia sexual, incluyendo violaciones y exposición de mujeres y adolescentes a situaciones de riesgo y vulnerabilidad en regiones donde el ejército u otros agentes de seguridad llevan a cabo operativos contra el crimen organizado (CEDAW, 2012).

⁸⁸ La LGAMVLV define la violencia feminicida como “la forma extrema de violencia de género contra las mujeres, producto de la violación de sus derechos humanos, en los ámbitos público y privado, conformada por el conjunto de conductas misóginas que pueden conllevar impunidad social y del Estado y puede culminar en homicidio y otras formas de muerte violenta de mujeres (DOF, 2007).

locales. Asimismo, el país carece de un registro oficial de desaparecidos y no cuenta con protocolos para la búsqueda.

Este panorama contrasta con niveles muy bajos de denuncia de violencia contra mujeres, como resultado de procesos de intimidación y amedrentamiento de las autoridades hacia la población. En buena medida, la falta de confianza en las instituciones se ve reforzada por la falta de protocolos estandarizados para investigar y perseguir casos de violencia de género. Llama la atención la ausencia de avances significativos en esta materia, dada la existencia de antecedentes tan relevantes como la sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos sobre el caso de “Campo Algodonero”.

En cuanto a la trata de personas, el reporte del Departamento de Estado de EUA señala que el país no cumple con los estándares mínimos para la eliminación del tráfico de personas (de ahí su clasificación en un “nivel 2”), si bien se ha reforzado el andamiaje legal en la materia, se han dictado sentencias por trabajo forzado y se han adoptado protocolos para el tratamiento de víctimas extranjeras. Sin embargo, dada la magnitud del fenómeno en el país, el número de investigaciones, juicios o sentencias son extremadamente bajos y la asignación de recursos que el gobierno ha destinado a la instauración de servicios de atención a las víctimas son insuficientes. Adicionalmente, si bien las autoridades reconocen en la trata de personas un grave problema, las ONG u otros actores gubernamentales han denunciado que las instancias de seguridad pública locales toleran o incluso son cómplices del tráfico de personas e impiden activamente la instrumentación de protocolos que combaten la trata.

Por su parte, el informe del Relator Especial sobre la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía, destaca la inoperancia de un sistema de protección que, cuando existe, se encuentra demasiado centralizado como para incidir en las localidades o núcleos donde se requiere. En este sistema, de suyo raquítico, no existen procesos de rehabilitación y reintegración social de niñas, niños y adolescentes que han sido víctimas de la trata o la explotación sexual, lo cual incurre en una nueva victimización de los menores.

El informe de la CEDAW, del Departamento de Estado de EUA y éste, coinciden en señalar a “la corrupción y desidia policial como una de las causas principales para que la explotación y la trata se desarrollen. La ineficiencia, la mala capacitación, la corrupción y la falta de adecuados protocolos y reglamentos de monitoreo, persistentes en diversos organismos policiales y municipales encargados de asegurar que no existan menores explorados en el llamado ‘mercado sexual’, favorece el accionar de especuladores y aprovechadores que quieren ofrecer a sus ‘clientes’ adolescentes y jóvenes” (Consejo de Derechos Humanos, 2008).

La situación en cualquiera de las fronteras del país es particularmente grave para mujeres y menores. La población que reside cerca de ellas o que intenta transitar a través de las mismas se encuentra expuesta a tratantes, traficantes y “polleros” o “coyotes”. Cuando se llega

capturar a alguno de ellos y las personas que pudiesen llevar son recuperadas, ocurren procesos de deportación que, en muchos casos, devuelven a las personas a contextos de muy alta inseguridad, toda vez que vienen huyendo de grupos criminales organizados, otros explotadores o condiciones de vida sumamente precarias.

5. OPORTUNIDADES Y RECOMENDACIONES

El panorama descrito muestra la existencia de un escenario mixto. Por una parte, es posible distinguir el impacto de las políticas con perspectiva de género destinadas a la reducción de las brechas en el acceso a recursos por parte de hombres y mujeres. Por otra parte, sin embargo, existen aspectos propios del proceso de transversalización que en este apartado de recomendaciones se considera deben ser revisados, a fin de seguir avanzando en este camino. Asimismo, se identifican las dimensiones en las que existen posibilidades de intervención en lo que concierne a los aspectos de la violencia de género revisados.

1. La consolidación del INMUJERES como la instancia pública experta en la transversalización de la perspectiva de género es un gran logro que debe sostenerse y, aun, fortalecerse. Sus estrechos vínculos con las entidades que administran los recursos públicos de la nación (v. gr. Secretaría de Hacienda), a la par de la labor de capacitación y sensibilización sobre género que han hecho entre los tomadores de decisiones, constituyen elementos fundamentales para la colocación de los temas de género en la agenda pública y para la indispensable asignación de presupuesto. A ello se debe dar continuidad con independencia de partidos o funcionarios.
2. En este mismo sentido, se debe ejercer presión sobre la obligación de garantizar la observancia de los instrumentos jurídicos y normativos, nacionales e internacionales, que sustentan las acciones en materia de igualdad y derechos de las mujeres –entre ellos los reproductivos. Las modificaciones que éstos puedan experimentar deben estar fundamentadas en un principio de progresividad que busque mejorar lo ya alcanzado, pero jamás comprometer las libertades o los beneficios ganados hasta ahora en el ejercicio de los derechos.

El trabajo de sensibilización entre los actores relevantes debe ser permanente y las diferentes agencias de las Naciones Unidas juegan un papel crítico en este aspecto, particularmente en el inicio de una nueva administración.

3. Es urgente revertir la tendencia a la criminalización del aborto en las entidades federativas. Como en muchos otros aspectos relativos a los derechos sexuales y reproductivos, la normatividad y la legislación federal se desvirtúa y pervierte en las legislaciones locales que llegan incluso a “blindarse” constitucionalmente en contra de disposiciones que conciben como amenazas.

El papel de las agencias de las Naciones Unidas en este sentido es crucial como una voz de autoridad que debe denunciar cualquier acción o legislación que, en cualquier momento, incumpla con los protocolos, acuerdos, convenciones o pactos que México haya suscrito. La presencia de las agencias y su labor en el país adquiere una relevancia particular con las reformas constitucionales de 2011, que no deben ser desaprovechadas.

4. Resulta imprescindible y urgente promover la presencia de instancias internacionales, con experiencia en la aplicación de diversos protocolos útiles para la prevención, identificación, atención y sanción de la violencia de género y la trata de personas, que colaboren en la difusión de experiencias y capacitación para la aplicación de los mismos en las diversas instancias que están involucradas en estos fenómenos. Si bien en muchos casos, la negligencia y la corrupción impiden la operación de dichos protocolos, en muchos casos es el absoluto desconocimiento sobre los mismos.
5. Las agencias de las Naciones Unidas, entre ellas UNFPA, deben fungir como un actor clave que active el diálogo entre el Estado, ONG, OSC, academia y otros actores relevantes, en la búsqueda mecanismos adecuados para la prevención, identificación, atención y sanción de la violencia de género y la trata de personas. Se requiere de una voz objetiva, neutral y con capacidad moral que reúna a los actores y modere su interacción a fin de destrabar procesos de colaboración indispensables.
6. Dado que el Estado se encuentra rebasado en la generación e instrumentación de acciones para la atención de la trata de personas, un ámbito de acción fundamental en el que se requiere colaboración especial es el de la elaboración de modelos de rehabilitación y reintegración de las víctimas. La capacidad de las agencias de Naciones Unidas involucradas en el tema para reunir a diferentes actores y diseñar este tipo de modelos es amplia y fructífera. En este momento es, además, urgente.
7. Respecto al ámbito de la producción y disponibilidad de información, los logros alcanzados en términos de la generación de estadísticas diferenciadas por sexo y de la producción de fuentes de información específicas a partir de las cuales dar seguimiento a aspectos nodales de la desigualdad de género (ENDIREH, ENUT, ENVIN) deben fortalecerse.

Resulta imprescindible no sólo darle seguimiento a la producción de estadísticas diferenciadas por sexo, sino consolidarlas junto con las fuentes que exploran ámbitos críticos para la reproducción de la desigualdad de género, como un verdadero sistema de información, con recursos y periodicidad garantizados. Sería recomendable, incluso, consolidar dicho sistema como Información de Interés Nacional bajo la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica.

8. En este mismo sentido, es urgente la consolidación de bancos de datos de distinta índole –judicial, penal, administrativa, etc.- sobre violencia. Se requiere un registro de víctimas, los tipos de violencia a los que están o han estado sujetas, los factores que rodean estas circunstancias, elementos que permitan dar seguimiento a los procesos judiciales, entre otras variables clave para, por un lado comprender cabalmente el fenómeno y su intensidad y, por otro, consolidar fuente de información que permitan monitorear los procesos y fortalecer la rendición de cuentas.
9. Finalmente, a la par de estos esfuerzos es imprescindible mantener la reflexión sobre las implicaciones de la noción de igualdad que se ha adoptado para el caso de mujeres y hombres. México cuenta con una masa crítica y una producción notable en materia de estudios de género. Sin embargo, es posible que en aras de la operación de una forma específica de política pública para la igualdad de género, se haya descuidado la retroalimentación entre el ámbito académico y el de la administración pública.

En este sentido, existen señalamientos que, razonablemente, apuntan hacia la desviación del enfoque de igualdad de género. A lo largo de este tiempo, la perspectiva predominante desde la cual ha sido analizada la desigualdad de género, y de la cual se desprenden las intervenciones públicas que buscan consolidar la igualdad entre mujeres y hombres, es una que pone de relieve la inequidad en el acceso a recursos fundamentales para el desarrollo, y no necesariamente una que revise y cuestione con profundidad la construcción social de los roles asignados a cada sexo.

No cabe duda alguna de que el primer punto es fundamental y es posible que deba ser considerado como un primer estadio en la construcción de una verdadera equidad. Sin la posibilidad garantizada de acceder a elementos propios del bienestar, es altamente improbable que los individuos, sean hombres o mujeres, puedan desarrollarse en condiciones de autonomía y auténtica libertad. Sin embargo, suponer que las necesidades de cada sexo son similares y que se pueden satisfacer de igual manera, abona a la lógica de derechos (en particular al principio de universalidad), pero promueve la reproducción de las desigualdades de género, toda vez que no critica la asignación de roles y corre el riesgo de propiciar el encasillamiento en los mismos.

CAPÍTULO 7: ACCESO DE LOS ADOLESCENTES Y JÓVENES A LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y EDUCACIÓN SOBRE SEXUALIDAD

1. INTRODUCCIÓN

Una de cada cuatro personas en México es adolescente o joven (15 a 29 años de edad). En 2010, cerca de diez de cada cien habitantes eran adolescentes entre 15 y 19 años de edad, nueve eran jóvenes de 20 a 24 años, y ocho eran personas de 25 a 29 años de edad (INEGI, 2010). Si bien su visibilidad demográfica los ha vuelto sujetos de estudios cada vez más frecuentes y desde diferentes disciplinas, es la frecuencia con la que muchos de sus derechos se ven vulnerados lo que obliga a considerarlos un grupo de atención prioritaria en diversos ámbitos, particularmente en aquel que corresponde a los derechos sexuales y reproductivos.

Este capítulo tiene como objetivo mostrar el contexto normativo y jurídico en el que se sostienen estos derechos para el caso especial de los adolescentes y jóvenes. También se refieren las medidas instrumentadas en torno de la salud sexual, la salud reproductiva y la educación sexual, a nivel institucional, de las organizaciones no gubernamentales o de la sociedad civil. En un tercer apartado se muestra el desempeño de diversos indicadores relativos a esta dimensión durante los últimos años, prestando especial atención a las brechas existentes de acuerdo con las características de los adolescentes y jóvenes. Se concluye con una serie de oportunidades y recomendaciones que se consideran pertinentes a la luz del breve diagnóstico desarrollado.

2. EL MARCO LEGAL DEL ACCESO DE LOS ADOLESCENTES Y JÓVENES A LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (SSyR) Y A LA EDUCACIÓN SOBRE SEXUALIDAD

Existen diversos instrumentos jurídicos que respaldan los derechos de los adolescentes y jóvenes al acceso a los servicios de SSyR, así como a la educación sexual, en términos de sus garantías individuales y con apego a sus derechos humanos. En este apartado serán examinados algunos de ellos, a fin de distinguir cómo se identifican y atienden las necesidades y demandas de este grupo poblacional en la materia, y si éstos son suficientes o merecen de mayor profundidad y oportunidad.

Como ya ha sido referido en otros capítulos de este informe, los Artículos 1 y 4 Constitucionales son un fundamento troncal de los derechos reproductivos de la población, toda vez que prohíben cualquier tipo de discriminación que pudiese afectar, en este caso, el acceso de la población a los servicios indispensables para su desarrollo, garantizan el derecho a la salud, la igualdad jurídica de hombres y mujeres, y hacen valer el derecho de la población a decidir de manera libre, responsable e informada en los ámbitos de su reproducción.

Por su parte, como se refirió en los capítulos 3 y 4 referentes a la salud materna y neonatal y el acceso a servicios de planeación familiar, respectivamente, la LGS expone la importancia de los servicios de planificación familiar (PF), haciendo énfasis en las actividades de información y orientación educativa para los adolescentes y jóvenes. Se sostiene que para reducir los riesgos reproductivos, este grupo de la población debe estar consciente de las ventajas que constituyen para sí mismo espaciar los embarazos y reducir el número de hijos, así como las inconveniencias que representa el cursar un embarazo antes de cumplir los 20 y después de los 35 años de edad. Por ello es fundamental que reciban una correcta información anticonceptiva oportuna y eficaz tanto a nivel individual, como de pareja (DOF, 2012a: 20).

Esta misma Ley contempla como indispensable que los servicios de PF incluyan programas de comunicación educativa y educación sexual; atención y vigilancia de los aceptantes y usuarios de servicios de PF; asesoría para los prestadores de servicios a cargo de los sectores públicos, sociales y privados, y supervisión y evaluación de su ejecución, de acuerdo con las políticas establecidas por el Consejo Nacional de Población (CONAPO).

Efectivamente, en esta Ley se establece la coordinación de la SS con el CONAPO para sentar las bases evaluadoras en materia de PF, en lo que toca a la práctica de métodos anticonceptivos, la prevalencia de uso y los efectos sobre la salud, así como la coordinación con las dependencias y entidades del sector salud para instrumentar y operar las acciones del programa nacional de planificación familiar, además del asesoramiento para la elaboración de programas educativos en materia de PF y educación sexual, requeridas por el sistema educativo nacional (Art. 69, 70 y 71, DOF, 2012a:20-21).

Por su parte, la Ley Federal de Protección de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, tiene como objetivo, garantizar a niñas, niños y adolescentes la tutela y el respeto de los derechos fundamentales reconocidos en la constitución (Art. 1º, DOF, 2010:1). En el Capítulo Octavo de esta misma Ley se enuncia el derecho a la salud de este grupo poblacional. Se establece que las autoridades federales, estatales y municipales, en sus respectivas competencias, se mantendrán coordinadas, entre otras cosas, para asegurarles asistencia médica y sanitaria para la prevención, tratamiento y rehabilitación de su salud; promover la lactancia materna; ofrecer atención pre y post natal a las madres; atender enfermedades endémicas, epidémicas, de transmisión sexual y del VIH-SIDA, impulsando programas de prevención e información y estableciendo medidas tendientes a prevenir el embarazo temprano (Art. 28º, DOF, 2010: 7). Asimismo, en Capítulo Décimo Tercero del Derecho a Participar, se establece el derecho de las y los niños y adolescentes a expresarse, opinar y a ser informados (Artículos 38, 39, 40 y 41, DOF, 2010: 10).

La Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, en su artículo 10, hace hincapié en que los órganos públicos y las autoridades federales, en sus respectivos ámbitos de competencia, deberán ofrecer información completa y actualizada sobre salud reproductiva y métodos

anticonceptivos, a fin de que la población pueda decidir sobre el número y espaciamiento de sus hijos. Además, el Artículo 11 se manifiesta a favor de la igualdad de oportunidades de las niñas y los niños, la impartición de la educación para la preservación de la salud, el conocimiento integral de la sexualidad, la PF, la paternidad responsable y el respeto a los derechos humanos (DOF, 2012b).

La Norma Oficial Mexicana sobre Planificación Familiar (NOM-005-SSA2-1993 modificada en 2004) hace énfasis en la prestación de servicios de PF a los adolescentes, principalmente en materia de consejería, que incluye aspectos como información, apoyo educativo y orientación en cuanto a métodos anticonceptivos, su efectividad, contraindicaciones, precauciones, forma de administración, lineamientos generales para la prescripción, duración de la protección anticonceptiva, seguridad y efectos colaterales y conductas a seguir, así como la necesidad de seguimiento, evaluación y reforzamiento de la protección anticonceptiva y sus costos.

La Ley General de Educación (LGE) de 1993, en cambio, dedica mucho menos espacio a temas relacionados con la planificación familiar, a pesar de que existen preceptos jurídicos que establecen claramente la participación de los servicios educativos en el tema.⁸⁹ De hecho, la fracción X del artículo 7° de la LGE, referente a las finalidades de la educación que provee el Estado, fue reformada apenas en 2008 y 2011 para establecer como propósito de los programas educativos “el desarrollo de actitudes solidarias en los individuos y crear conciencia sobre la preservación de la salud, el ejercicio responsable de la sexualidad, la planeación familiar y la paternidad responsable, sin menoscabo de la libertad y del respeto absoluto de la dignidad humana (...)” (DOF, 1993).

Finalmente, el Reglamento de la Ley General de Población (RLGP), en el Artículo 16, refiere que la información y los servicios de salud, educación y similares, que estén relacionados con programas de planificación familiar (PPF), serán gratuitos cuando sean prestados por dependencias y organismos del sector público. El Artículo 18, además, indica que la educación e información sobre PF deberán dar a conocer los beneficios que genera decidir de manera libre y responsable sobre el número y espaciamiento de los hijos y la edad para concebirlos. Deberá incluir la orientación sobre los riesgos a la salud que causan infertilidad y las estrategias de prevención y control. Mientras, el CONAPO pondrá especial atención en proporcionar dicha información a los jóvenes y adolescentes. El Artículo 20, expone que los servicios de salud, salud reproductiva, educativos y de información sobre programas de PF garantizarán a la persona la libre decisión sobre los métodos anticonceptivos que decida utilizar para regular su fecundidad, quedando prohibido obligar a las personas a utilizar contra su voluntad métodos anticonceptivos permanentes (DOF, 2011).

⁸⁹ Entre ellos, la propia Ley General de Población y su Reglamento.

En el periodo 2007-2011 se han diseñado diversos instrumentos programáticos en materia de salud sexual, reproductiva y educación sexual y la relación de estos elementos con los adolescentes y jóvenes. Dichos instrumentos son el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 (PND); el Programa Sectorial de Salud (PROSESA); el Programa de Acción Específico 2007-2012 de la salud sexual y reproductiva para adolescentes (PAE-A); y el Programa Nacional de Población (PNP). En los siguientes cuadros se enmarcan algunos de los aspectos relevantes, relativos a este tema.

Promoción de la salud reproductiva que comprende una estrategia integral, que identifica y privilegia a los grupos con mayor rezago; aseguramiento de la disponibilidad de insumos de calidad para la prestación de los servicios de salud de PF y anticoncepción; fortalecimiento de la competencia técnica del personal de salud; educación a cada segmento de la población; e instrumentación de un modelo interinstitucional de atención básica en salud sexual y reproductiva para la población adolescente. Así como, el reforzamiento de la educación para prevenir y abatir las conductas de riesgo entre niños y adolescentes.

PND

Objetivo: Lograr que los jóvenes adquieran conocimientos y capacidades necesarias, la información sobre derechos sexuales y reproductivos y los beneficios de su ejercicio en la salud sexual y reproductiva.

Objetivos específicos:

- Disminuir la tasa específica de fecundidad en adolescentes.
- Favorecer el acceso gratuito y el uso de métodos anticonceptivos modernos.
- Contribuir a que la población adolescente tenga acceso y reciba servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, acorde a sus necesidades en todas las entidades federativas del país.
- Contribuir a la disminución de las infecciones de transmisión sexual y VIH-SIDA en la población adolescente.

PAE-A

Los adolescentes y jóvenes son grupos de población que merecen atención especial por parte de las políticas públicas, debido a que cursan por etapas cruciales en las que se toman decisiones trascendentales para las etapas posteriores de su vida. La postergación de la edad al matrimonio y del inicio de la paternidad y de la maternidad, permiten alargar la etapa de preparación y maduración que representa la juventud, lo que brinda algunas ventajas en las etapas posteriores de sus vidas.

PNP

Objetivos, estrategias y líneas de acción:

- Ampliar las opciones de desarrollo educativo y laboral para los adolescentes y jóvenes.
- Asegurar condiciones sociales e institucionales favorables al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, mediante la atención efectiva y oportuna de la necesidad insatisfecha de métodos de PF, con énfasis en los adolescentes, los grupos indígenas, la población rural, áreas urbano marginadas y entidades

federativas con mayor rezago en nuestro país.

- Contribuir a la disminución del embarazo no planeado en adolescentes y la prevención de ITS y el VIH-SIDA, promoviendo la vinculación de las estrategias de salud sexual y reproductiva en adolescentes con las políticas dirigidas a la ampliación de oportunidades y el desarrollo de las capacidades de la juventud.
- Ampliar el acceso a la información, orientación y servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, adecuados a las características, necesidades y convicciones de los adolescentes y reduciendo las barreras institucionales en la prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva.
- Difundir entre la población adolescente y joven los beneficios que se derivan de las prácticas de postergación del primer hijo y del espaciamiento de los nacimientos, tanto para la salud y supervivencia de la madre y los hijos, como para el desarrollo personal y familiar.
- Ampliar el conocimiento de los distintos métodos anticonceptivos, así como promover su uso correcto entre la población joven.
- Fortalecer entre la población adolescente actitudes y prácticas de previsión, planeación y responsabilidad frente a la sexualidad y la reproducción.
- Diseñar estrategias orientadas a combatir estereotipos de género, prejuicios y mitos que limitan la asunción de prácticas sexuales responsables, seguras y sin riesgos entre adolescentes.
- Ampliar los espacios institucionales para que los adolescentes y jóvenes participen en el diseño instrumentación y evaluación de los programas de salud sexual y reproductiva.
- Reforzar los contenidos de educación sexual en los programas de educación básica y media, así como diseñar estrategias educativas en la materia para los jóvenes que se encuentran fuera del sistema de educación formal.

En el ámbito internacional, la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo en el Cairo de 1994 y en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing de 1995, se trataron temas de salud sexual y reproductiva y de educación sexual, pero hay algunos aspectos que merecen ser resaltados. Por un lado, se trató el tema de atender las necesidades de los adolescentes y jóvenes en términos de asegurarles programas y actividades de servicios de salud, promover sus derechos a la educación, a la asistencia en materia de salud sexual y reproductiva, entre otras cosas y, por otro lado, se valoró la pertinencia de estudiar sus necesidades específicas, por ejemplo, las de los adolescentes sexualmente activos, generando otro tipo de información, orientación y servicios especiales en materia de PF. México suscribió ambos programas de acción y genera informes periódicos para dar seguimiento a las metas establecidas en los mismos.

3. PRINCIPALES BRECHAS EN MATERIA DE ACCESO DE LOS ADOLESCENTES Y JÓVENES A LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y A LA EDUCACIÓN SOBRE SEXUALIDAD

Este apartado está conformado por dos secciones: una correspondiente al estado de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes, y otra que aborda aspectos relacionados con su educación sexual. El primer apartado trata principalmente de la dinámica que han vivido

los jóvenes en los últimos años del presente siglo, en términos del inicio de la vida sexual y reproductiva, del conocimiento que manifiestan sobre ITS y métodos anticonceptivos; se abordan también aspectos generales sobre la interrupción del embarazo (aborto). En la segunda sección identificamos los esfuerzos de diversas instituciones por brindar información sexual que contribuye a la educación sexual y reproductiva de este segmento de la población.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Antes de iniciar propiamente con el análisis del estado de la salud sexual y reproductiva de los jóvenes es importante mencionar algunos aspectos generales, que son útiles para el dimensionamiento de la tarea que se tiene por delante cuando se trata de brindar servicios de salud a este grupo.

México es considerado como un país de jóvenes, ya que de acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2010 del INEGI, en el país habitan 36.2 millones de jóvenes entre 12 y 29 años; de ellos 18.4 millones son mujeres y 17.8 millones son hombres. Entre este grupo de población, 6.5 millones tienen de 12 a 14 años, 11.0 millones de 15 a 19, 9.9 millones están entre los 20 y 24 años, y 8.8 millones son jóvenes de 25 a 29 años de edad (IMJUVE, 2011:7). De acuerdo con estimaciones del CONAPO, la población joven alcanzó su proporción máxima respecto al total de la población a principios de los años noventa, cuando representaba 32.4% y se espera que para el año 2030 este segmento se reduzca a 22.0% (DES, 2011:25).

El acceso a servicios de salud para la población joven es sumamente importante, dado que durante la adolescencia y la juventud ocurren transiciones sumamente significativas como la primera relación sexual, la primera unión, el nacimiento del primer hijo y el inicio de la trayectoria anticonceptiva (DES, 2010:66). De acuerdo con el Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE), en 2010, 73.3% de los jóvenes tuvieron acceso a servicios de salud, lo que representa un incremento de 23.4 puntos porcentuales respecto a 2005 (49.9%). Como entre la población general, la principal institución pública que brinda servicios de salud a los jóvenes del país es el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que en 2010 atendió al 44.5%. En 2005, 9.2% de los jóvenes se encontraban afiliados al Seguro Popular, mientras que en 2010, la cifra ascendió a 38.9% (IMJUVE, 2011:35-36).

Ahora bien, en lo que concierne al comportamiento sexual y reproductivo de los jóvenes, se tiene que de acuerdo con la ENADID de 2006 y 2009, las mujeres de 15 a 19 años iniciaron su vida sexual a los 15.9 y 15.4 años en promedio, respectivamente (SS, 2008; Colín y Villagómez, 2010:42).

En 2010, el 61.6% de los jóvenes entre 15 y 29 años ya habían tenido una primera relación sexual, la mayoría de ellos antes de los 18 años de edad (61.4%). En el año 2000, esta proporción fue de

41.9% para las mujeres y 56.1% para los hombres; diez años después, se situaron en 52.8% y 69.5%, respectivamente (IMJUVE, 2011: 24-25).

Entre los jóvenes varones que no habían tenido relaciones sexuales, un 17% de los del grupo de 12 a 14 años y 28% de los de 25 a 29 dijeron no querer tenerlas, así como el 23 y 34% de las mujeres, respectivamente; menos de 12% en hombres y 6% de mujeres argumentaron miedo al SIDA o a ITS, siendo el temor a un embarazo es más fuerte para mujeres de 15-19 años de edad. Alrededor del 60% de hombres y mujeres de 12-14 años refirieron que aún no tenían edad suficiente para iniciar su vida sexual y cerca del 20% de hombres y mujeres de 20-29 años indicaron que no han tenido relaciones sexuales porque aún estaban esperando a su pareja ideal.

Según el IMJUVE, en la última década (2000-2010) se ha dado un crecimiento generalizado del porcentaje de jóvenes que reportó tener conocimiento sobre cómo prevenir ITS. El incremento fue de 8.1 puntos porcentuales, respecto a los jóvenes entrevistados en el año 2000 (de 84.3% a 92.4%). El principal aumento se dio en el grupo de 15-19 años (11.0 puntos porcentuales, de 79.9% a 90.9%) (IMJUVE, 2011:26). Por otro lado, más del 96% de hombres y mujeres jóvenes reconocieron que el uso del condón puede prevenir las ITS y alrededor del 80% mencionó que éstas se prevenían con la abstinencia sexual.

En promedio cinco de cada diez hombres y mujeres que tienen entre 12 y 19 años de edad argumentaron que algunas prácticas como el retiro o coito interrumpido, el ritmo o calendario y el lavado vaginal, así como la ingesta de pastillas o píldoras, y de algunos tipos de té de hierbas, no ayudan a prevenir las ITS, mientras que entre los hombres y mujeres de 20-29 años de edad la proporción creció a siete de cada diez.

La información previa refleja claramente los avances que la difusión de información sobre prevención ha tenido en los segmentos más jóvenes de la población, pero también evidencia la fuerza con la que estos conceptos conviven con nociones rígidas como la abstinencia o la fidelidad, las cuales, si bien son importantes, tienden a ser menos efectivas en la prevención de embarazos o contagio de ITS.

Con relación al conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, en 2006 las jóvenes tuvieron un alto nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos (95.2%), sin embargo, esta información discrepa con el escaso uso que hicieron de ellos, toda vez que nueve de cada diez mujeres tuvieron su primera relación sexual sin protección, a pesar de que el 66% de ellas refirió haber iniciado su vida sexual sin la intención de embarazarse, lo que reflejó una alta demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos (SS, 2008).⁹⁰

⁹⁰ En el caso de las adolescentes, mientras que en 1987 la necesidad insatisfecha ascendía a 34%, en 1997 se redujo a 27%; no obstante, poco menos de una década después (en 2009) este mismo indicador se redujo apenas 2.4 puntos (24.6%) lo que demuestra un rezago importante en esta materia en los últimos años (Colín y Villagómez, 2010:43).

De acuerdo con los resultados generales de la Encuesta Nacional de Juventud 2010, y en comparación con los datos de la ENJ 2005, el porcentaje de jóvenes que utilizó algún método en su primera relación sexual se incrementó en casi 10 puntos porcentuales. El grupo de edad de 15-19 años es el que más reportó la utilización de éstos, mientras que la mayor diferencia con respecto a 2005 se dio en el grupo de 25-29 años, pasando de 38.0 a 49.1%, respectivamente (IMJUVE, 2011:27-28).

Las razones por las que hombres y mujeres no usaron algún método de protección en su primera relación sexual, se relacionan con que “no esperaban tener relaciones sexuales”, “no conocía los métodos”, “no querían hacer uso de ellos” y “su pareja no quiso utilizarlos”. Cabe destacar que alrededor del 13% de mujeres entre 15 y 29 años no utilizaron algún método anticonceptivo porque buscaban quedar embarazadas.

Respecto al inicio de la vida reproductiva, el IMJUVE afirma que, en 2010, 38.2% de las mujeres de 15 a 29 años estuvieron embarazadas y, previsiblemente, entre más edad se tiene, mayor es la propensión al embarazo. De acuerdo con la ENJ 2010, las entidades con mayor proporción de embarazo en las mujeres jóvenes son Coahuila (52.4%), Campeche (46.4%) y Quintana Roo (45.9%) (IMJUVE, 2011:30-31). Las edades en las que los hombres embarazaron a alguna mujer con mayor frecuencia se sitúan entre los 17 y 25 años de edad, mientras que las mujeres que se embarazaron lo hicieron entre los 15 y 20 años. Una mayor proporción de hombres y mujeres entre 15 y 19 años de edad expresaron su deseo por querer posponer el nacimiento de su primogénito o refirieron que no deseaban tener hijos, en comparación con los jóvenes de ambos sexos de 25-29 años.

Respecto a los embarazos no deseados, entre 2001 y 2005 ocurrieron más de 400 mil abortos, de los cuales 22.5% correspondió a mujeres entre 10 y 19 años. En 2010, la interrupción del embarazo se dio en 12.5% de las mujeres alguna vez embarazadas. Por grupo de edad, son las de 12 a 14 años las que presentan un porcentaje mayor de casos: casi cuatro de cada 10 mujeres. Entre las mujeres de 15-19 años, 10% recurrió a esta práctica y, a partir de los 20 y hasta los 29 años, aumenta alrededor de 3 puntos porcentuales (13%).

EDUCACIÓN SEXUAL

En México, el Estado instrumenta programas de educación sexual principalmente desde la SS, la SEP y el CONAPO; a este esfuerzo se suman ONG cuyas misiones están relacionadas con la procuración, promoción y desarrollo de la salud sexual y reproductiva de los mexicanos. Al respecto, en el marco de la Primera Reunión de Ministros de Salud y Educación para Detener el VIH e ITS en Latinoamérica y El Caribe, celebrada en la Ciudad de México el 1 de agosto de 2008, los secretarios de Salud y Educación Pública se comprometieron a dar cumplimiento a los acuerdos aprobados en la conocida “Declaración Ministerial: Prevenir con educación” (DM).

Las metas estipuladas fueron las siguientes: a) alcanzar hacia fines de 2015, una reducción de 75% en el número de escuelas que no brindan educación integral de la sexualidad; y b) reducir en 50% el número de adolescentes y jóvenes que carecen de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva adecuados.

En el caso de la SS, a inicios del presente siglo elaboró un manual que permitió informar y transmitir los aspectos más relevantes de la salud sexual y reproductiva. El contenido del manual aborda aspectos de sexualidad y de medidas de prevención y de autocuidado; de conductas de riesgo y de anticonceptivos; de embarazos no planeados y de relaciones de pareja; de los derechos que tiene todo adolescente de decidir en qué momento y con quién tiene relaciones sexuales, del derecho a manifestar su opinión y del derecho a estar bien informado y a recibir atención profesional en áreas que afecten su sexualidad y su reproducción (SS, 2002a:5).

Asimismo, la SS ha puesto a disposición del público en general, y en especial para los jóvenes, el portal de Internet www.yquesexo.com.mx donde se presenta información sobre prácticas sexuales, noviazgo, embarazo adolescente, infecciones de transmisión sexual y métodos anticonceptivos, entre otros, con el fin de contribuir a su educación sexual y reproductiva desde un medio de comunicación que puede resultar familiar a las generaciones más jóvenes y que permite interactuar con especialistas en el tema mediante el sistema de preguntas y respuestas en línea.

Por su parte, la SEP, a través de la Dirección General de Educación Superior para Profesionales de la Educación (DGESPE), ha establecido el Programa de Formación Continua para Maestros de Educación Primaria. En la asignatura de Formación Cívica y Ética se incorpora el estudio de la sexualidad como una línea de formación de los niños, niñas y adolescentes. La sexualidad es materia de estudio como parte de la reflexión ética y su relación con el desarrollo en la infancia y la adolescencia, además de la prevención y factores de riesgo. Esto exige que los docentes estén altamente calificados para abordar los temas de sexualidad en la escuela y que cuenten con las herramientas necesarias para responder a las inquietudes y retos de la comunidad escolar.

Al respecto de los avances realizados en el marco de la “Declaración Ministerial: Prevenir con educación”, México se sitúa alrededor del 50% de avance de las metas establecidas, de acuerdo con la evaluación realizada en 2011 por la Coalición Mesoamericana para la Educación Integral en Sexualidad.⁹¹

⁹¹ Para México, las organizaciones que participaron en dicha evaluación fueron: Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM), Demysex Puebla, Asociación Queretana de Educación para las Sexualidades Humanas A. C. (AQUESEX) y Salud y Género A. C.

Esta evaluación detectó que no existe a nivel federal un convenio de colaboración intersectorial para la consecución de los objetivos de la DM entre la SS y la SEP. La SS cuenta con una estrategia oficial de alto nivel para implementar la DM, además de recursos para la ejecución de la declaratoria, para hasta el momento del estudio, no tenía ninguna campaña actualizada de Educación Integral en Sexualidad (EIS) en medios de comunicación. La SEP tampoco presenta avances sustantivos al respecto.

Por otro lado, en cuanto a servicios de salud sexual y reproductiva integral destinados exclusivamente a jóvenes, la SS ha logrado un avance del 81% al realizar los siguientes esfuerzos: consejería en VIH y pruebas de detección, tratamiento integral para ITS, educación en el uso del condón masculino y femenino de forma correcta y consistente, además de orientación sobre decisiones reproductivas y métodos anticonceptivos. Por su parte la SEP, ha actualizado los contenidos y mecanismos didácticos del currículo básico para incluir criterios de EIS en un 84%, pero aún no ha evaluado los programas educativos para determinar el grado de implementación (IPPF, 2012).

De acuerdo con Juárez *et al.* (2010), el logro de mayor importancia en el campo de la salud sexual y reproductiva adolescente en México, ha sido probablemente la inclusión de contenidos de educación sexual en los planes de estudio de la escuela primaria y secundaria. Pero para que este avance y se consolide, es indispensable superar las limitaciones de los maestros para impartir estos temas; ello implica trabajar tanto sobre su conocimiento en la materia como en su disposición para aceptarlo y tratarlo con naturalidad.

Por otro lado, tener información –o, al menos, cierta información- ha demostrado ser una condición insuficiente para el autocuidado de la salud sexual y reproductiva, particularmente en el caso de la población más joven. El nivel de conocimiento expresado por los adolescentes y los jóvenes no concuerda con las prácticas de riesgo a las que se exponen.

La evidencia indica que esta aparente falta de congruencia puede ser atribuida, por un lado, a la calidad y pertinencia de la información recibida, lo cual debe ser analizado a profundidad. Por otro lado, la contradicción puede deberse a la manera en la que se mide el conocimiento sobre algunos tópicos relacionados con la salud sexual y reproductiva. Como se revisó en el capítulo 4, la mayoría de las encuestas a partir de las cuales se evalúa el conocimiento de la población sobre cuestiones de SSyR hacen preguntas demasiado generales y superficiales. Los estudios que han profundizado en estos cuestionamientos encuentran que las deficiencias en la información se acumulan conforme las preguntas se refinan.

En el siguiente apartado se abordan algunas de las acciones llevadas a cabo por parte de las instancias de gobierno, ONG y OSC, tomando en consideración su relación con acuerdos y compromisos internacionales que buscan propiciar un mejor desempeño de las políticas en el campo de la atención y servicios en salud sexual y reproductiva y de educación sexual

enfocados a mejorar la calidad de vida de los adolescentes y jóvenes que son el futuro capital humano y social de nuestro país.

4. ANÁLISIS INSTITUCIONAL DEL ACCESO DE LOS ADOLESCENTES Y JÓVENES A LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y A LA EDUCACIÓN SOBRE SEXUALIDAD

Al menos en la teoría, la población adolescente y joven representa un grupo prioritario para los programas de salud reproductiva. En México, la SS a través del CNEGSR inició en 1994 un programa de cobertura nacional de salud integral del adolescente con énfasis en salud reproductiva llamado “En buen plan... Planifiquen” cuya misión fue propiciar y proteger el ejercicio de los derechos de la población adolescente a la información, comunicación y servicios de salud. A partir de 1998, dicho programa se transformó en los Servicios Amigables⁹² para la Atención de la Salud Sexual y Reproductiva de las y los Adolescentes. En 2006 se contaba ya con 667 servicios amigables en las 32 entidades federativas del país.

La organización no gubernamental Católicas por el Derecho a Decidir (CDD) llevo a cabo en 2007 la evaluación del desempeño de cinco unidades catalogadas como servicios amigables en cinco estados de la República –Campeche, Chiapas, Oaxaca, Tabasco y Veracruz. Los resultados de la evaluación indican, entre otras cosas, que la confidencialidad es un valor y una práctica fundamental para hacer amigable un servicio dirigido a adolescentes. Cuando la confidencialidad es respetada de manera escrupulosa, las y los jóvenes hablan de manera abierta y preguntan sin censura; confían en la información que se les entrega y se sienten motivados para utilizarla a su favor y regresar al servicio. El respeto a las decisiones y la autonomía de esta población permite establecer lazos de confianza y credibilidad con el servicio y su personal (CDD, 2009).⁹³

En 1997 el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) mediante su Programa IMSS-Solidaridad instauró los Centros de Atención Rural al Adolescentes (CARAS), que tienen como objetivo atender las principales necesidades y expectativas de los jóvenes, utilizando un enfoque integral de promoción a la salud y prevención de enfermedades.⁹⁴ A principios del presente siglo, el gobierno federal dio origen al Programa para la Atención a la Salud de la Adolescencia (PASA), instrumento que tenía como objetivo beneficiar a la población de 10 a 19 años de edad,

⁹² Según Senderowitz (1999), existe un creciente reconocimiento entre los proveedores de salud en todo el mundo, sobre la necesidad de servicios amigables para la juventud. Los componentes básicos incluyen proveedores especialmente capacitados, privacidad, confidencialidad y accesibilidad. Desde el punto de vista de la gente joven, ésta se enfrentan a muchas barreras para utilizar los servicios, incluyendo leyes y políticas, que restringen su acceso a servicios económicamente razonables e información útil; vergüenza al ser vistos en las clínicas; miedo a que no haya confidencialidad, y preocupación por que el personal pueda ser hostil y prejuicioso. Existen también barreras operativas, como horarios de atención inconvenientes, escasez de transporte y un alto costo de los servicios.

⁹³ Para mayor información sobre las calificaciones obtenidas en cada entidad federativa seleccionada, remitirse a Católicas por el Derecho a Decidir (2009), Para construir servicios amigables de salud sexual y reproductiva para adolescentes: Experiencias y percepciones de las/os adolescentes en los servicios de salud para adolescentes de Campeche, Chiapas, Oaxaca, Tabasco y Veracruz, México, en <http://www.catolicasmexico.org>.

⁹⁴ Para mayor información ver página electrónica: <http://www.imss.gob.mx/programas/oportunidades.asp>

involucrando al Sector Salud mexicano y a las instituciones públicas y privadas vinculadas a los adolescentes. Este Programa establece que los adolescentes deben recibir información adecuada sobre la utilización de métodos anticonceptivos –incluyendo el condón-, desde la pre adolescencia (antes de tener la primera relación sexual), no con el propósito de promover el inicio temprano de las relaciones sexuales sino, por el contrario, evitar el riesgo de ITS o embarazos en la adolescencia y juventud (SS, 2002).

En 2002, se creó el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia (CENSIA) que, pese a que en un principio estaba orientado a atender la necesidades de vacunación de la población infantil, a partir del 2004 comenzó a ser la instancia encargada de establecer, difundir y evaluar las políticas nacionales, estrategias, lineamientos y procedimientos en materia de atención de la salud de la infancia y adolescencia.⁹⁵

Destacan algunas acciones como la coordinación entre la SS y el Fondo de Población de las Naciones Unidas para la compra de métodos anticonceptivos. En materia de información, educación y comunicación (IEC) en salud reproductiva y PF, el CONAPO, en coordinación con la SEP, han desarrollado un curso general de actualización denominado “Hablemos de sexualidad en la escuela secundaria”, dirigido a maestros de secundaria. El CONAPO y el IMSS ofrecen las plataformas del Sistema de Atención Telefónica de Información y Orientación en Materia de PF: Planificatel y Planificanet.

También CONAPO, en colaboración con el Instituto Mexicano de la Radio, transmite el programa radiofónico Zona Libre, un espacio dirigido a audiencias jóvenes.

Los organismos que han sido más críticos al respecto de la forma en la que se conduce el tema de la salud sexual y reproductiva en México así como la educación sexual, son las Organizaciones de la Sociedad Civil, las Organizaciones No Gubernamentales y las instituciones académicas, quienes a pesar de reconocer los avances y esfuerzos construidos en términos de esta materia, no están convencidos de que las instancias públicas operen adecuadamente las medidas tendientes a resguardar los derechos y las garantías de los adolescentes y jóvenes. Las críticas sostienen que, por diversos factores, la oferta institucional limita las opciones de los adolescentes, por lo que se vuelve urgente reflexionar sobre el papel que juegan las instituciones públicas, así como sobre las perspectivas desde las que toman decisiones de política pública.

Así, se reconoce la gran diversidad de iniciativas y acciones que han surgido desde diversos ámbitos y niveles de los sistemas de salud y educación; sin embargo, la operación de las mismas evidencia la falta de coordinación general entre ellas, lo que conlleva la duplicación de esfuerzos y la consecuente ausencia de acoplamientos. Por otra parte, se reconoce que las acciones tienden a verse interrumpidas o a desvirtuarse con cada cambio de administración

⁹⁵ Para mayor información ver página electrónica:
www.censia.salud.gob.mx/contenidos/principal/antecedentes.html

(Juárez, 2010), lo cual vuelve imposible la continuidad y sistematicidad que requieren las acciones que tiendan a modificar prácticas y a promover la apropiación de derechos.

5. OPORTUNIDADES Y RECOMENDACIONES

Si bien los adolescentes y los jóvenes han ganado terreno en el diseño de acciones que atiendan sus necesidades específicas en materia de salud sexual y reproductiva, el aterrizaje de dichas iniciativas en el plano de los hechos es aún deficiente.

Los indicadores tradicionales en materia de salud reproductiva son elocuentes. La población adolescente parece tener información, pero la demanda insatisfecha de anticoncepción es la más alta entre estos grupos de edad, la fecundidad adolescente tiende a aumentar, así como los embarazos no planeados o no deseados. También crece la presencia del VIH/SIDA y otras ITS en este segmento de la población. Resulta claro que hay mucho por hacer. A continuación se enlista una serie de aspectos a considerar como posibles áreas para la cooperación.

1. La evidencia indica que, por principio, aún debe trabajarse en incrementar la cobertura de servicios de salud para la población joven. En buena medida, los adolescentes con derechohabencia en instituciones de seguridad social dependen de algún familiar que los incorpore a éstas y la intermediación de los tutores para hacer uso de estos servicios puede ser un factor que inhiba el acercamiento a las unidades por voluntad propia.

La afiliación de adolescentes y jóvenes al Seguro Popular ha sido una manera para incorporar a más población a los servicios de salud. Sin embargo, este servicio no cuenta con una estrategia específica para atender a la población adolescente y joven en materia de salud sexual y reproductiva.⁹⁶

2. El país ha avanzado mucho en el desarrollo de modelos específicos de atención a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes. Existe también un gran acervo de información en torno a las especificidades que debe considerar un servicio que se considere amigable con esta población y se han hecho esfuerzos por aterrizar estos enfoques en las unidades de salud.

Sin embargo, no existe una práctica sistemática de evaluación interna y externa del diseño, operación e impacto de estos modelos. De hecho, tampoco existe una evaluación integral del propio Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. De ahí que se tienda a concluir que se ha avanzado mucho en el terreno del discurso y poco en el de los hechos.

⁹⁶ En su intersección con el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, el Seguro Popular ofrece talleres sobre diversos temas relativos al autocuidado de la salud. Entre los temas que se imparten están la planificación familiar y la prevención de VIH/SIDA y otras ITS. Sin embargo, los talleres no están diseñados para ser impartidos a adolescentes o personas más jóvenes. Adicionalmente, no toda la población adolescente o joven afiliada al Seguro Popular es beneficiaria de Oportunidades, por lo que un segmento de la población atendida por este servicio se encontraría desatendida.

3. La educación sexual en México muestra grandes vacíos que se reflejan en la calidad de la información a la que los adolescentes y jóvenes tienen acceso y reproducen entre pares. Aparentemente, reconocen los métodos anticonceptivos –aunque muchos desconocen la forma correcta de uso- y saben cómo prevenir embarazos no planeados, no deseados e ITS. Sin embargo, una buena proporción de ellos confía en evitar las ITS mediante “conductas apropiadas”, socialmente aprobadas, como la monogamia o la abstinencia. Si bien todas las convicciones personales son igualmente respetables, como métodos de protección ambas vías han mostrado ser altamente ineficientes.⁹⁷

En este sentido, se considera que los esfuerzos deben concentrarse en la generación de estrategias para la difusión de información, tanto a través del ámbito educativo, como los medios masivos de comunicación, el trabajo cercano con padres de familia, el contacto directo con los jóvenes en puntos estratégicos.

Las ONG y las OSC cuentan con gran experiencia en este tipo de labor y es recomendable que, más que llenar vacíos de la acción pública, creen alianzas con las instancias locales para fortalecer este gran trabajo a través del intercambio de recursos (humanos, financieros) y otros insumos.

4. Así, se vuelve imprescindible también reforzar el trabajo con la población adolescente y joven no escolarizada y considerar la generación de estrategias y materiales para diversas formas de ser adolescente y joven. Hasta ahora, las acciones emprendidas por las instancias públicas han homogeneizado su aproximación a los jóvenes, sin desarrollar –al menos desde el ámbito federal- estrategias específicas para población indígena, rural, urbano marginada o en situación de pobreza. En estos sectores es frecuente identificar un escenario que combina la falta de información con una capacidad limitada para tomar decisiones sobre el propio futuro. La evidencia indica que, al acercar a los más jóvenes el conocimiento y los medios para controlar distintos ámbitos de su vida, la calidad de sus decisiones mejora.
5. En materia de educación sexual, pese a los esfuerzos y avances observados, aun no existen estadísticas o fuentes de información que permitan medir el impacto de este componente el comportamiento sexual y reproductivo de la población adolescente y joven. Por ejemplo, no existen datos sobre número de maestros capacitados para ofrecen información sexual en los centros educativos y no hay datos sistematizados para identificar si la educación sexual plasmada en diversos materiales de muy buena calidad se imparte de acuerdo con sus objetivos en las instancias de educación pública y privada.

⁹⁷ Adicionalmente, habría que considerar que se trata de medidas planteadas desde el temor y no necesariamente son el resultado de concebir el ejercicio de la sexualidad como un acto libre, placentero, informado y responsable.

6. Por otro lado, urge trabajar en la conformación de sistemas de información sobre adolescentes y jóvenes, no sólo en materia sexual y reproductiva, sino también en otros ámbitos relevantes para su desarrollo. Estos bancos de información deben nutrirse con periodicidad regular y uniformar criterios para la identificación del grupo etario a analizar, tratando de buscar el corte más amplio posible con las mayores posibilidades de desagregación. ¿Qué sabemos sobre las y los jóvenes rurales?, ¿qué sobre las y los adolescentes indígenas? Muy poco.

CAPÍTULO 8: DISPONIBILIDAD Y ANÁLISIS DE DATOS CON FINES DE FUNDAMENTAR MEJOR LA ADOPCIÓN DE DECISIONES Y LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS EN RELACIÓN CON LA DINÁMICA DE POBLACIÓN Y LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

1. INTRODUCCIÓN

El objetivo general de este capítulo es explorar la evolución de los sistemas de información sociodemográfica de México, así como identificar el tipo, la cantidad y la calidad de la información disponible sobre temas propios de la dinámica de la población y, muy específicamente, su salud sexual y reproductiva.

La estructura del documento se compone de cuatro partes: la primera corresponde al marco legal de las instituciones que generan y procesan la mayor proporción de información sociodemográfica, siendo el caso del Consejo Nacional de Población (CONAPO), la Secretaría de Salud (SS) y el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). La segunda parte corresponde al análisis, por tema, de la información producida o divulgada por dichas instituciones y/o organismos, en ocasiones, de la mano con otras instancias. En el tercer apartado se presenta una perspectiva de los rezagos detectados en materia de generación de información, principalmente en las principales fuentes de recolección de datos sociodemográficos –censos de población, encuestas sociodemográficas y registros vitales. Finalmente, en el cuarto apartado se consideran algunas recomendaciones que pueden resultar útiles para identificar cuáles son las áreas en las que es conveniente intervenir.

2. EL MARCO LEGAL E INSTITUCIONAL DE LA GENERACIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN SOCIO DEMOGRÁFICA

En México, las instituciones gubernamentales con mayor producción de información sociodemográfica son la Secretaría de Gobernación (SG) a través del CONAPO, la SS mediante el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) y el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CENAVECE); y el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), organismo autónomo que tiene entre sus facultades procesar, generar y difundir información sociodemográfica del país.

DINÁMICA DE LA POBLACIÓN

Como se refirió en el capítulo 2, la Ley General de Población (LGP) de 1974 establece la creación del CONAPO, y el Reglamento de esta Ley menciona en el artículo 37, fracción III, que una de las atribuciones principales del Consejo es “Analizar, evaluar, sistematizar y producir información sobre los fenómenos demográficos, así como elaborar proyecciones de población” (DOF, 2000:3-8).

Por su parte, el INEGI, de acuerdo con el artículo 52 de la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica (LSNIEG) de 2008, es un organismo público con autonomía técnica y de gestión, personalidad jurídica y patrimonio propios, responsable de normar y coordinar el Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica (SNIEG), así como de realizar los censos nacionales, integrar el sistema de cuentas nacionales y elaborar los índices nacionales de precios al consumidor y al productor.

El SNIEG se forma en cumplimiento del decreto del 7 de abril de 2006 por el que se reforma el artículo 26 la CPEUM en el que se establece que “El Estado Mexicano contará con un Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica (SNIEG)” y que la responsabilidad de normar y coordinar dicho sistema estará a cargo de un organismo autónomo – el INEGI. El SNIEG tiene la finalidad de suministrar información de calidad, pertinente, veraz y oportuna, a efecto de coadyuvar al desarrollo nacional. Sus principios rectores son los de accesibilidad, transparencia, objetividad e independencia, y tiene como objetivos primordiales producir información, difundirla oportunamente a través de mecanismos que faciliten su consulta, promover el conocimiento y uso de la misma, así como favorecer su conservación. El SNIEG cuenta con cuatro Subsistemas Nacionales de Información que son: 1) Demográfica y Social; 2) Gobierno, Seguridad Pública e Impartición de Justicia; 3) Económica, y 4) Geográfica y del Medio Ambiente. Los artículos 21 y 22 de la LSNIEG indican que el Subsistema Nacional de Información Demográfica y Social deberá generar un conjunto de indicadores clave, que atenderán como mínimo los temas de población y dinámica demográfica, salud, educación, empleo, distribución de ingreso y pobreza, seguridad pública e impartición de justicia, gobierno y vivienda (DOF, 2008:2-14).

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

En el tema de la salud sexual y reproductiva, el marco legal se centra en la SS y la LGS, misma que en su artículo 3, fracciones IV, V, XV y XV Bis, estipula que serán materia de salubridad general la atención materno-infantil, la planificación familiar, la prevención y control de enfermedades transmisibles, y El Programa Nacional de Prevención, Atención y Control del VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, respectivamente. Por otro lado en el artículo 6, fracción II, indica que el Sistema Nacional de Salud (SNS) tiene como objetivo “*Contribuir al desarrollo demográfico armónico del país*”; y en su artículo 7 menciona que al SNS le corresponde entre otras, determinar la periodicidad y características de la información que deberán proporcionar las dependencias y entidades del sector salud, con sujeción a las disposiciones generales aplicables, y promover el establecimiento de un sistema nacional de información básica en materia de salud (DOF, 1984:2-4). En el Título Sexto *Información para la Salud*, el artículo 104 establece que la SS y los gobiernos de las entidades federativas, captarán, producirán y procesarán Información que se referirá fundamentalmente, a lo siguiente: estadísticas de natalidad, mortalidad, morbilidad e invalidez; factores demográficos, económicos, sociales y ambientales vinculados a la salud. En el Título Octavo *Prevención y*

Control de Enfermedades y Accidentes, en el artículo 133 fracción II y III, señala que corresponde a la Secretaría de Salud, establecer y operar el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica – CENAVECE-, así como, con realizar los programas y actividades para la prevención y control de enfermedades y accidentes (DOF, 1984: 40-45).

3. PRINCIPALES BRECHAS EN MATERIA DE GENERACIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

Es notable la producción de información sobre las condiciones de vida de la población con la que cuenta el país, obtenida, principalmente, a través de Censos de Población y Vivienda, encuestas sociodemográficas y registros administrativos de distinta naturaleza. Sin embargo, aún existen ciertos rezagos que deben subsanarse para que el país cuente con información completa, pertinente, relevante y, sobre todo, actualizada.

En este apartado se presenta, desde una perspectiva evolutiva, los principales cambios ocurridos con las fuentes de información sociodemográfica de los últimos años, con el objetivo de identificar en cada una de ellas, sus similitudes, diferencias y carencias en la recopilación de información; además se toma en cuenta la opinión de algunos demógrafos destacados del país respecto de su experiencia con el manejo de datos provenientes de estas fuentes.

LOS CENSOS DE POBLACIÓN Y VIVIENDA

En los últimos doce años, en el país se han realizado dos censos de población y vivienda (2000 y 2010⁹⁸), que han dado cuenta del crecimiento de la población. En general el objetivo de los dos censos fue proporcionar información estadística sobre la composición, distribución y el crecimiento de la población y las viviendas. Sin embargo, de los censos de población y vivienda también es posible obtener información sobre rezago social, grupos vulnerables, las necesidades de la población en materia de educación, salud y vivienda, entre otras. Las dos unidades de análisis en los censos han sido los residentes habituales y las viviendas. Se han utilizado dos tipos de cuestionario, uno básico y otro ampliado. En el censo del 2000, el cuestionario ampliado se aplicó a una muestra de alrededor de 2.2 millones de viviendas, y en 2010 a 2.9 millones.

Las variables captadas típicamente para el estudio de la dinámica de la población son: sexo, edad, relación de parentesco, número de hijos nacidos vivos, número de hijos fallecidos, hijos sobrevivientes y fecha de nacimiento del último hijo nacido vivo. En el caso de la migración se

⁹⁸ La fecha censal del XII Censo General de Población y Vivienda 2000, fue el 14 de febrero de 2000. Para el Censo General de Población y Vivienda 2010, se considera como fecha censal el 12 de junio de 2010.

pregunta sobre el lugar de nacimiento, lugar de residencia cinco años antes del levantamiento y causa de emigración.⁹⁹

De acuerdo con las recomendaciones internacionales, entre el censo de 2000 y el de 2010, se levantó el segundo Censo Nacional de Población de 2005¹⁰⁰. Los Censos tienen por objetivo producto información sociodemográfica básica sobre una gran muestra poblacional que permita actualizar el conocimiento sobre indicadores clave de la dinámica demográfica, mientras se planea la realización del siguiente Censo. También son fundamentales para la actualización de los marcos muestrales de las encuestas. Las unidades de análisis del Censo de 2005 fueron el individuo, el hogar y la vivienda.

ENCUESTAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Las encuestas en hogares son, definitivamente, un gran insumo para el análisis de la situación de la población respecto a diversos ámbitos. En el país se produce una gran cantidad de ejercicios estadísticos de esta naturaleza, que varían en función de sus objetivos temáticos, niveles de desagregación posibles, tamaños de muestra, periodicidad e, incluso, calidad.

Buena parte de ellas han logrado consolidarse paulatinamente. A continuación se hace un breve repaso de las características generales de aquéllas que se consideran más relevantes para el estudio de la dinámica demográfica del país, dada su realización más o menos periódica y su uso en el diseño de programas y políticas específicas.

ENCUESTAS NACIONALES DE LA DINÁMICA DEMOGRÁFICA (ENADID)

En 1992, el INEGI llevó a cabo la primera ENADID, que abordó los temas de fecundidad, migración, mortalidad y una amplia gama de factores condicionantes.¹⁰¹ La segunda ENADID, en 1997, dio continuidad a los temas captados por su antecesora e incorporó nuevas demandas en

⁹⁹ Una diferencia entre un censo y otro, es que en el censo de 2010 el concepto de “hogar censal” sustituye al de hogar, ya que se consideró que el criterio de “compartir un gasto para los alimentos” es sólo uno de los arreglos que llevan a cabo los integrantes de los hogares para satisfacer sus necesidades y el hogar censal es la unidad formada por el conjunto de personas que residen en la misma vivienda, independientemente de sus vínculos parentales (INEGI, 2011: 27).

¹⁰⁰ El primero se realizó en 2005.

¹⁰¹ Diversas encuestas en hogares han dado a conocer los principales componentes de la dinámica demográfica en México. Entre éstas destacan las siguientes: Encuesta Mexicana de Fecundidad (EMF) de 1976, proyecto a cargo de la Dirección General de Estadística; Encuesta Nacional Demográfica (END) de 1982, realizada por el CONAPO; Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud (ENFES) de 1987, ejecutada por la Dirección General de Planificación Familiar de la Secretaría de Salud (SSA); Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), realizada por el INEGI en 1992 y 1997; Encuesta Nacional de Planificación Familiar (ENAPLAF) realizada por el CONAPO en 1995; Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (ENSAR), levantada por la SSA y el Centro de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM) de la UNAM, en 2003; y, la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2006, llevada a cabo por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y el CONAPO.

materia demográfica como la salud materno-infantil, las preferencias educativas, la historia de uniones y la anticoncepción. El objetivo general de la ENADID 1997 fue el producir información útil, actualizada y confiable para apoyar el diseño e instrumentación de políticas demográficas y sociales. La encuesta consideró 15 temas (a diferencia de los 12 de la ENADID 1992), con ellos se obtuvo información de las viviendas, los hogares, sus residentes habituales y las mujeres en edad fértil. El tamaño de muestra fue de 80 mil viviendas a nivel nacional, el esquema de muestreo fue polietápico y estratificado, donde la última etapa de selección fue la vivienda. La encuesta se realizó entre el 8 de septiembre y el 15 de diciembre de 1997 (INEGI, s/f: 1-14). Nueve años más tarde se levantaría la ENADID 2006, realizada por el INSP y el CONAPO.

Por iniciativa del INEGI, y en colaboración con el CONAPO, del 18 de mayo al 10 de julio de 2009, se levantó la ENADID más reciente. La información recabada por la ENADID 2009 es una excelente herramienta para la aplicación y seguimiento de la política de población. Su objetivo general fue generar información estadística actualizada y confiable relacionada con el nivel y el comportamiento de los componentes de la dinámica demográfica: fecundidad, mortalidad y migración, de la población mexicana. Entre los objetivos específicos están generar información para cada entidad federativa sobre: la estructura por edad y sexo de la población, los niveles y estructuras de la fecundidad, y de la anticoncepción. El cuestionario para el hogar está formado por variables relacionadas con las características de la vivienda, residente, hogares y lista de personas, así como las características de las personas y sobre la migración a los Estados Unidos de América. También cuenta con un *Módulo para la mujer* que indaga sobre fecundidad e historia de embarazos, preferencias reproductivas, anticoncepción, salud materno-infantil y nupcialidad. La muestra se conformó por 101 mil viviendas y su diseño es probabilístico, estratificado, unietápico y por conglomerados. La población objetivo para la aplicación del *Módulo para la mujer* fueron mujeres de 15 a 54 años residentes de la vivienda en el momento de la visita (INEGI, 2010:3-17).

ENCUESTA NACIONAL DE SALUD REPRODUCTIVA (ENSAR) 2003

La ENSAR 2003 buscó obtener información acerca de la salud reproductiva de las mujeres, incorporando variables relacionadas con la fecundidad, anticoncepción, atención materno-infantil, Infecciones de Transmisión Sexual, entre otras. El Esquema de muestreo fue probabilístico, polietápico y estratificado, la primera población de estudio fueron los hogares y la segunda todas las mujeres en edad fértil (15-49 años de edad). El tamaño de muestra se fijó en 20 950 mujeres distribuidas en diferentes dominios de estudio. Se aplicó un cuestionario para el hogar (19 643) y otro individual para las mujeres en edad fértil (19 498). La encuesta se realizó en dos fases: la primera tuvo lugar del 5 de febrero al 5 de abril, y la segunda del 21 de agosto al 4 de octubre de 2003. La encuesta fue realizada por el CRIM-UNAM por encargo de la Secretaría de Salud. La encuesta es representativa a escala nacional, urbana, rural, y en el ámbito rural para los estados de Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Guanajuato, Puebla, San Luis Potosí, Sonora y Tamaulipas (Chávez, 2007:15-28).

ENCUESTA NACIONAL DE JUVENTUD 2000, 2005 Y 2010

La Encuesta Nacional de la Juventud 2000 (ENJ) fue coordinada por el Centro de Investigación y Estudios sobre Juventud (CIEJ) del Instituto Mexicano de la Juventud (IMJ). La realización del diseño muestral y la estrategia de aplicación, captura y validación de los resultados estuvo a cargo del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). El diseño de la muestra fue probabilístico, estratificado, polietápico y por conglomerados donde la última unidad de selección fue la vivienda y la unidad de observación, los jóvenes de 12 a 29 años de edad. La cobertura de la encuesta fue a nivel nacional y la muestra incluyó 54 500 viviendas.

Con el fin de darle continuidad a la ENJ 2000 se aplicó la Encuesta Nacional de Juventud 2005 que contiene información con precisión y confianza a nivel nacional, regional (Noroeste, Norte, Centro-Occidente, Centro, y Sur-Sureste), zonas metropolitanas (Ciudad de México, Guadalajara y Monterrey), localidades urbanas, semiurbanas y rurales. La realización del diseño muestral y la estrategia de aplicación, captura y validación de los resultados estuvo a cargo del Área de Investigación Aplicada y Opinión del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. El diseño de la muestra fue igual al de la ENJ 2000. Se diseñaron dos instrumentos de investigación: un cuestionario de hogar y un cuestionario de opinión con 163 preguntas cerradas y 43 abiertas cada uno. Se abordaron temas relativos a la participación educativa y laboral de las y los jóvenes, los problemas de su inserción en uno u otro ámbito, salud, sexualidad, procreación, aspectos de la vida privada o pública, valores, acceso a justicia y derechos humanos (IMJ, 2006:1-34).

Para la ENJ 2010, la muestra nacional fue 29 787 parejas de cuestionarios (individual y de vivienda). Cuenta con un diseño muestral probabilístico, polietápico, estratificado y por conglomerados. La muestra estuvo dividida en localidades urbanas, no urbanas y rurales de las 31 entidades federativas del territorio nacional y el Distrito Federal. El levantamiento se llevó a cabo del 19 de noviembre al 9 de diciembre de 2010, aplicándose en los hogares seleccionados. La distribución, selección de la muestra y aplicación de la encuesta estuvo a cargo del CRIM-UNAM. La muestra es representativa tanto a nivel nacional como por entidad federativa así como para 6 zonas metropolitanas (IMJ, 2011:6). La diversidad de temas en las tres encuestas es parecida.

Respecto las encuestas, los expertos coinciden en la necesidad de mantener estándares de comparabilidad en encuestas que tienen el mismo objetivo temático, incrementar los tamaños de muestra de algunas encuestas que son representativas para unidades muy específicas o sólo a nivel nacional, lo cual sólo permite hablar de grandes promedios que esconden la gran heterogeneidad que esconde la dinámica demográfica en el país. También se ha señalado la necesidad de sistematizar una agenda permanente de evaluación de las encuestas que permita extraer de ellas información que cumpla con criterios básicos de precisión.

REGISTROS ADMINISTRATIVOS SOBRE ESTADÍSTICAS VITALES

Las estadísticas vitales son un insumo imprescindible para el seguimiento relativamente cercano y puntual de la dinámica demográfica del país, particularmente en lo que a natalidad, mortalidad y nupcialidad se refiere. Idealmente, representan una manera de contar con datos continuos sobre fenómenos que impactan directamente el volumen, la estructura y la composición de la población, lo cual redundaría en el diseño de acciones oportunas y fuertemente focalizadas.

El INEGI procesa información de las estadísticas vitales a partir de los registros administrativos, mediante una estrecha colaboración con el Registro Civil. Éste proporciona copia de las actas de nacimientos, matrimonios, divorcios y defunciones –estas últimas acompañadas del certificado correspondiente–; e integra y entrega los certificados de muertes fetales que la población le hace llegar para tramitar inhumaciones o cremaciones.

Actualmente, la serie de nacimientos va de 1985 a 2011. En el ámbito de la nupcialidad, se cuenta con registros de matrimonio de 1993 a 2011 y de divorcios, desde 1985 y hasta 2011. En tanto las defunciones, es posible distinguir las defunciones fetales (de 1982 a 2011), las generales –entre las que es posible identificar las muertes maternas– (de 1990 a 2010) y las defunciones por homicidios (de 1990 a 2010).

Entre los problemas más frecuentes de las estadísticas vitales se encuentra la subcobertura, el registro tardío y los registros múltiples, factores que, a pesar del enorme esfuerzo que se hace para su integración, demeritan la calidad de la información y su confiabilidad. Este tipo de problemáticas tienen un componente de ineficiencia administrativa en los propios registros civiles y en las instancias del sector salud que certifica nacimientos y defunciones, pero también en una frágil cultura ciudadana que reconozca en las prácticas de registro de nacimientos y defunciones, una serie de responsabilidades y derechos, entre ellos, el derecho a la identidad.

4. ANÁLISIS TEMÁTICO-INSTITUCIONAL

En este apartado se presenta una descripción analítica de la producción y/o difusión de información demográfica del CONAPO, la SS y el INEGI, siendo congruentes con la organización temática descrita anteriormente.¹⁰²

¹⁰² La descripción se realizó con base en la información disponible para cada institución a través de sus páginas de internet. CONAPO: <http://www.conapo.gob.mx>; Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS): <http://www.sinais.gob.mx>; e INEGI: <http://www.inegi.org.mx> y Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica (SNIIEG) <http://www.snieg.org.mx>, entre otras.

DINÁMICA DE LA POBLACIÓN

El CONAPO tiene como facultad realizar las proyecciones de la población, un insumo crítico para la planeación, no sólo de la política de población sino para el conjunto de la política de desarrollo. Actualmente se cuenta con las proyecciones de 2005-2050, elaboradas con base en el II Censo de Población y Vivienda 2005. Se espera que próximamente se publiquen las nuevas proyecciones de población, calculadas con datos de la población del Censo de Población y Vivienda 2010.

Asimismo, desde 1990 el CONAPO ha calculado los Índices de marginación del país con base en los censos y conteos de población. El índice de marginación es una medida resumen que permite diferenciar áreas geográficas de distinto nivel según el impacto global de las carencias que padece la población, como resultado de la falta de acceso a la educación, a los servicios de salud, la residencia en viviendas inadecuadas y la carencia de bienes (CONAPO, 2012:9).

Respeto al estudio de la migración, se dispone de Índices de intensidad migratoria México-Estados Unidos, calculados con base en el Censo de Población y Vivienda 2010, tanto en el ámbito estatal como municipal. El CONAPO produce, además, *Series sobre migración* en los siguientes niveles:

- Flujos migratorios calculados con base en la Encuesta sobre Migración en la Frontera Norte de México (EMIF NORTE) la cual se ha aplicado en 16 periodos , siendo el último entre 01 de julio de 2010 al 31 de junio de 2011.
- Flujos migratorios calculados con base en la EMIF SUR - Antes EMIF GUA-MEX, siendo el octavo levantamiento entre el 01 de julio de 2010 y el 31 de junio de 2011.
- Migración en la Frontera Sur de México calculada con datos estadísticos del Instituto Nacional de Migración (INM) 1990-2000.

El CONAPO también edita una serie de publicaciones, a destacar entre ellas *La situación demográfica de México* cuyas ediciones anuales van desde 1997 a 2011; *Las políticas públicas ante los retos de la migración mexicana a Estados Unidos*; y, junto con la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) y el INEGI, elaboraron la *Delimitación de las Zonas Metropolitanas* de 2000 y 2005, entre otras.

Por su parte, a través de su página electrónica, el INEGI pone a disposición del público en general el mayor compendio de estadísticas generadas en el país, así como un gran acervo histórico de datos. Las fuentes de información con que cuenta el instituto son diversas; entre ellas están los Censos y Conteos de Población y Vivienda 1895-2010; encuestas retrospectivas y regulares [Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID); Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) y la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE)], además de Registros Administrativos.

Los temas de la dinámica de la población que están disponibles son: volumen y estructura de la población; natalidad; mortalidad y migración. El tema de *volumen y estructura de la población* dispone de esta información por entidad federativa y tamaño de localidad, además de tasas de crecimiento y densidad. La información concerniente a la *natalidad* presenta los nacimientos registrados por sexo, edad, escolaridad y condición económica de la madre. Actualmente se cuenta con una serie de nacimientos que data de 1985 a 2011.

En el tema de la *mortalidad* se cuenta con información de las defunciones y sus causas, entre ellas los datos de muertes accidentales y violentas, registradas por sexo, grupos de edad, tipo de localidad y entidad federativa.

Para el estudio del fenómeno de la migración interna e internacional se cuenta con información de la población migrante –inmigrante y emigrante-, de los extranjeros residentes en México, de los saldos netos migratorios y de la población no migrante por sexo, lugar de nacimiento y lugar de residencia cinco años antes.

Por otro lado, el INEGI tiene entre sus funciones coordinar el SNIEG y cada uno de los subsistemas que lo conforman. El Comité ejecutivo del subsistema *Demográfica y Social*, así como el Comité Técnico Especializado de Población y Dinámica Demográfica está integrado por representantes del CONAPO, INEGI, INMUJERES y de las Secretarías de Desarrollo Social, de Educación Pública, de Gobernación, y de Salud. Este subsistema cuenta con un Catálogo Nacional de Indicadores organizado por temas de interés, que muestra información relacionada con las variables que componen cada indicador, la forma de cálculo, el comité ejecutivo al que pertenece, entre otros.

Un aspecto relevante en materia de producción y difusión de información estadística que surge con la LSNIIEG es la determinación de la existencia de información considerada de *interés nacional*. En el Capítulo II “De la Información de Interés Nacional” de la LSNIIEG, *Reglas para la determinación de la Información de Interés Nacional*, se señala que los indicadores que sean considerados como tal, deberán estar conformados por información estadística y geográfica indispensable para conocer la realidad del país, elaborada con una metodología científicamente sustentada y cuyo propósito sea contribuir a la toma de decisiones, el diseño, la implementación y la evaluación de las políticas públicas para el desarrollo del país. La Junta de Gobierno del SNIEG se encarga de determinar qué información puede ser clasificada como de interés nacional bajo los siguientes criterios: primero, se trate de temas, grupos de datos o indicadores de población, dinámica demográfica y salud; segundo, que la información propuesta resulte necesaria para sustentar el diseño y la evaluación de políticas públicas de alcance nacional; tercero, que la información propuesta sea generada de forma regular y

periódica; cuarto, que la información propuesta se elabore con base en una metodología científicamente sustentada (DOF, 2010:2-4).

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La SS, a través del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) capta estadísticas sobre salud sexual y reproductiva en el subsistema de “Servicios otorgados”, que presenta información por entidad federativa desde el año 2000 al 2007 de los siguientes aspectos: accidentes atendidos por grupo de edad, atención materna (consultas a embarazadas, embarazadas atendidas, nacimientos atendidos –partos, cesáreas-, nacidos vivos –bajo peso-, abortos), atención a menores de cinco años, consulta externa por tipo (general, especializada, urgencias y odontológica), consulta externa por programa (enfermedades transmisibles, crónico degenerativas, consulta a sanos, planificación familiar, salud bucal y mental), detección de enfermedades (diabetes mellitus, hipertensión arterial y tuberculosis), egresos hospitalarios por especialidad (general, cirugía, medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia y otras), servicios auxiliares de diagnóstico, de hospitalización y planificación familiar.

En el SINAIS se pueden consultar también las bases de datos de salud, a través del manejo de información en formato de cubos dinámicos, de las defunciones generales de 1979 a 2007, y las defunciones maternas y fetales de 1997 a 2009, tanto a nivel nacional como estatal. Adicionalmente, la SS realiza la publicación de anuarios estadísticos (2000-2009), Boletines de Información Estadística en Daños a la Salud (2000-2010), publicaciones relacionadas con la mortalidad (2000-2004), Cuentas en Salud Reproductiva y Equidad de Género, así como la Situación de la Salud en México (2000-2006) y otras publicaciones.

Los indicadores del Catálogo Nacional de Indicadores del SNIEG relacionados con la salud sexual y reproductiva que cuentan con esta información son: *prevalencia de uso de anticonceptivos en mujeres unidas en edad fértil; tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años; y necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos*. En el tema de Salud se puede obtener información de los siguientes indicadores: *tasa de mortalidad en niños menores de cinco años; tasa de mortalidad infantil; razón de mortalidad materna (defunciones por cada cien mil nacidos vivos estimados); tasa de mortalidad por VIH/SIDA (por cien mil habitantes)*, entre otros.

Los esfuerzos del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CENAVECE) están enfocados en generar inteligencia epidemiológica para orientar la política pública en salud. El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) es el conjunto de estrategias y acciones epidemiológicas que permiten la producción de información epidemiológica útil para la salud pública. El sistema integra información proveniente de todo el país y de todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud (SNS). La información de vigilancia epidemiológica en México se integra en el Sistema Único de Información para la

Vigilancia Epidemiológica (SIUVE). Actualmente el SIUVE se enfoca en 114 enfermedades consideradas como las más relevantes del estado de salud de la población.

Conocer el comportamiento de las diferentes enfermedades en la población, así como su registro continuo permite tener una red inteligente de vigilancia epidemiológica, por ello es importante la existencia de la Notificación Semanal de Casos Nuevos de Enfermedades, ya que en su operación, permite identificar de manera temprana la presencia de un aumento inusual de casos, la aparición de nuevas enfermedades y apoya la oportuna toma de decisiones desde la unidad médica, hasta los diferentes niveles administrativos. La Notificación Semanal de Casos Nuevos de Enfermedades, es una herramienta estratégica del Sistema Nacional de Salud para contribuir al blindaje sanitario, ya que permite caracterizar el fenómeno salud-enfermedad, además que proporciona información para los programas de prevención y de control para la orientación de sus acciones.

En el tema de la salud sexual y reproductiva destaca la vigilancia de las siguientes infecciones de transmisión sexual: candidiasis urogenital, chancro blando, infección asintomática por VIH, linfogranuloma venéreo por clamidias, sífilis adquirida, sífilis congénita, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, tricomoniasis urogenital, tumor maligno de mama, tumor maligno del cuello del útero, y virus del papiloma humano.

5. OPORTUNIDADES Y RECOMENDACIONES

Como se ha expuesto a lo largo del capítulo, la producción de datos e información realizada por las distintas instituciones resulta ser abundante, relevante, pertinente y relativamente actual, además de contar con un gran acervo histórico de las fuentes de datos sociodemográficas y de las demás estadísticas del país. A pesar de lo anterior, la producción de información sociodemográfica presenta algunos de los problemas típicos de cada fuente pro, más importante aún, se encuentra desarticulada y desorganizada.

A continuación se desarrollan algunas recomendaciones que podrían ser útiles para contribuir a subsanar dichas inconveniencias.

1. El reto que implica el establecimiento y armonización de criterios tanto metodológicos, de recolección, procesamiento y difusión de la información es mayúsculo, pero se debe comenzar a trabajar al respecto. Existe un grave problema en la temporalidad de las cifras; algunas encuestas –como la ENADID- están perdiendo la regularidad en la periodicidad de su levantamiento. Por su parte, la SS produce una gran cantidad de información relacionada con la salud, pero sus indicadores presentan algunos años de retraso y algunos de sus criterios no son claros. Por ejemplo, la información relacionada

con algunos aspectos de salud reproductiva genera incertidumbre, ya que la clasificación que se hace sobre las infecciones sexuales no está claramente definida, afectando así la estimación de indicadores relacionados con este tema.

Muy probablemente, la creación del aún reciente SNIEG, su Ley y algunos mecanismos que este instrumento instaure, como la información de interés nacional contribuirá en gran medida a la regulación de la producción de información en el país, tanto en términos de periodicidad como de rigurosidad metodológica y relevancia temática.

En este sentido, el acompañamiento que organismos internacionales como el UNFPA pueda brindar para alentar iniciativas de incorporación de encuestas fundamentales como parte del catálogo de información de interés nacional (por ejemplo, la ENADID, la ENJ, entre otras) ayudará a garantizar la periodicidad y la asignación de recursos –o al menos, a reducir su variabilidad.

2. Tanto el INEGI como el CONAPO deben hacer una mejor definición de sus responsabilidades en cuanto a producción y difusión de informes e indicadores sociodemográficos. Existe una serie de indicadores que deben complementarse con información generada por ambas instituciones y que actualmente se construyen con datos desactualizados; es el caso, por ejemplo, de todos los indicadores que requieren de las proyecciones de población, las cuales no han sido actualizadas con información del Censo de 2010.
3. Como ya se ha expuesto, las estadísticas vitales del país adolecen principalmente de problemas como el registro extemporáneo, la duplicidad de registros o el subregistro. A pesar de los esfuerzos, tanto de la SS con el establecimiento de certificados de nacimientos, defunciones y mortalidad materna, como de los del registros civiles por lograr una mejor calidad y oportunidad de sus registros, las estadísticas resultantes de ellos, todavía no cuentan con la suficiente calidad y confiabilidad para hacer uso de ellas como fuente primaria de investigación, por lo cual se debe recurrir al uso de métodos indirectos para estimar la natalidad y mortalidad de la población.

En este sentido, los esfuerzos que se hagan para mejorar la calidad de las estadísticas vitales deben ir en dos sentidos: por un lado, incrementar la capacidad de los registros civiles para convocar a un mayor número de población, particularmente en localidades dispersas, con altas proporciones de población indígena.

Por otro lado, resulta imprescindible lanzar estrategias de comunicación que promuevan la importancia del registro de nacimientos, no sólo como un trámite para acceder a diversos servicios –lo cual provoca en buena medida el registro extemporáneo, por ejemplo, en el caso de la incorporación al sistema educativo-, sino como parte del derecho a identidad y como un deber ciudadano.

4. Es fundamental que las fuentes de información sean puestas a disposición de la población para su aprovechamiento en la investigación y análisis de los fenómenos sociodemográficos. En los últimos años, la digitalización de las fuentes de información y su difusión mediante internet han contribuido a facilitar el acceso a la información. Sin embargo, es posible mejorar la organización de la información en los sitios electrónicos, promover con mayor ahínco su uso.

Adicionalmente, es importante que las instituciones públicas, las ONG, las OSC y la academia se involucren con mayor perseverancia en la generación de recursos humanos capaces de hacer uso de las fuentes de información existentes.

Con frecuencia, existe una gran dependencia de los resultados que publican las instancias productoras o de su capacidad para resolver solicitudes muy específicas de diversos actores. Ello redundaría en que los diagnósticos tiendan a ser superficiales o repetitivos, además de que implica que información para cuya generación se erogó una gran cantidad de recursos, se subutiliza.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguirre, A., (1997), “Mortalidad Materna en México: medición a partir de estadísticas vitales”, en *Revista Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 12, N° 1-2 (34-35), México: El Colegio de México, pp. 69-99.
- Ávila-Burgos L, Montañez-Hernández JC, Cahuana-Hurtado L, Aracena-Genao Belkis. (2011). *Cuentas en salud reproductiva y equidad de género. Estimación 2009 y comparativo 2003-2009*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública. Coeditado con la Secretaría de Salud.
- Cárdenas, Rosario, et al., (2009), *Variables centrales en el cuestionario básico del Censo de Población y Vivienda 2010*, [en línea]. [México]. <<http://www.alapop.org/2009/docs/apuntes/ProduccionDatos1.pdf>>, [Consulta: septiembre de 2012], Documento elaborado por miembros de la Sociedad Mexicana de Demografía, 23 de noviembre de 2009.
- Católicas por el Derecho a Decidir (CDD), (2009), *Para construir servicios amigables de salud sexual y reproductiva para adolescentes: Experiencias y percepciones de las/os adolescentes en los servicios de salud para adolescentes de Campeche, Chiapas, Oaxaca, Tabasco y Veracruz*, México.
- CENSIDA (2007), *Casos de SIDA en México*, datos al 15 de noviembre de 2007, dirección electrónica: <http://saludsonora.gob.mx/descargas/alivihanate/estadisticas/Casos-sida-Mexico-15-Nov-2007.pdf>
- CENSIDA (2011), *Casos acumulados de SIDA, por año de diagnóstico y notificación*, dirección electrónica: www.censida.salud.gob.mx/.../casos_acumulados_marzo2011.pdf
- CENSIDA (2012), *El VIH /SIDA en México 2012*. México: Secretaría de Salud.
- Centro de Documentación del Instituto Mexicano de la Juventud, *Base de datos de la Encuesta Nacional de la Juventud 2010*, México, fecha de consulta [Agosto, 2012], en <http://cendoc.imjuventud.gob.mx/descargas.php>
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) (2009), *Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México*, México: Secretaría de Salud.

- Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades, [en línea]. [México]. <<http://www.cenavece.salud.gob.mx/>> [Consulta: julio de 2012].
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH-SIDA (CENSIDA) (2007), Casos de SIDA en México, datos al 15 de Noviembre de 2007.
- _____, (2010), El VIH/SIDA en México 2010, México.
- _____, (2011), El VIH-SIDA en México 2011. Numeralia epidemiológica, Secretaría de Salud, noviembre de 2011, México.
- _____, (2011b), Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México, Registro Nacional de Casos de SIDA actualizado al 30 de Junio de 2011, México.
- _____, (2012), Vigilancia epidemiológica de casos de VIH-SIDA en México. Registro Nacional de Casos de SIDA actualizados al 30 de junio de 2012, México.
- Chávez, A., et al., (2007), La salud reproductiva en México: Análisis de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003, Secretaría de Salud-UNAM Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias CRIM, México.
- Chávez M. y J. Álvarez (2012), Aspectos psicosociales asociados al comportamiento sexual en jóvenes, Psicología y Salud, Vol. 22, Núm. 1, pp. 89-98, enero-junio de 2012.
- Cleland, John, Stan Bernstein, Alex Ezeh, Anibal Faundes, Anna Glasier, Jolene Innis. (2006). "Family Planning: The Unfinished Agenda" en revista The Lancet. Vol. 368, pp. 1810-1827.
- Colín, Yeimi y Paloma Villagómez (2010), "Evolución de la maternidad adolescente en México, 1974-2009", en La situación demográfica de México 2010, CONAPO, México, pp. 37-53.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) (s/f) Programa Contra la Trata de Personas. México: CNDH. Recuperado de: http://www.cndh.org.mx/Programa_Contra_Trata_Personas (Octubre de 2012).
- Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (CONAVIM) (2011), Primer Informe de Actividades de la Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres 2009-2010

- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) (2012), Evaluación Estratégica sobre Mortalidad Materna en México 2010: características sociodemográficas que obstaculizan a las mujeres embarazadas su acceso efectivo a instituciones de salud, CONEVAL- CIESAS, México.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2008), Programa Nacional de Población 2008-2012, México.
- _____, Campaña para la Prevención Integral del embarazo adolescente no planificado e infecciones de transmisión sexual, México, fecha de consulta [Agosto 2012] en <http://www.conapo.gob.mx/>
- _____, (2009). Informe de Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, Cairo + 15. México: CONAPO.
- _____, (2012), Índice de marginación urbana 2010, México, pp. 9-22.
- _____, (2012). Principales indicadores de salud reproductiva, 2009. México: CONAPO. Consulta electrónica: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Principales_indicadores_de_Salud_Reproductiva_2009
- Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW) (2012). Concluding observations of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women. Nueva York: CEDAW.
- Corona, R., (2008), “Características, alcances y limitaciones de la información estadística sobre migraciones en el interior, desde y hacia la República Mexicana”, en Figueroa, B., El dato en cuestión: un análisis de las cifras sociodemográficas, (Coordinadora), El Colegio de México, México, pp. 129-159.
- Diario Oficial de la Federación. (1928), Código Civil Federal, H. Congreso de la Unión, Cámara de Diputados, publicado en cuatro partes los días 26 de mayo, 14 de julio, 3 y 31 de agosto de 1928, última reforma 09 de abril de 2012, México.
- -----, (1974), Ley General de Población, H. Congreso de la Unión, Cámara de Diputados, publicada el 5 de enero de 1974, última reforma 25 de mayo de 2011, México.

- -----, (1984), *Ley General de Salud*, H. Congreso de la Unión, Cámara de Diputados, publicada el 7 de marzo de 1984, última reforma 5 de marzo de 2012, México.
- -----, (1993). *Ley General de Educación*. México: Secretaría de Gobernación.
- -----, (1994), Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993: De los Servicios de Planificación Familiar, Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud, México, 7 de julio de 1986.
- -----, (1995), Norma Oficial Mexicana 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, Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud, México 5 de enero de 1995.
- -----, (2000), *Reglamento de la Ley General de Población*, H. Congreso de la Unión, Cámara de Diputados, publicado el 14 de abril de 2000, última reforma 19 de enero de 2011, México.
- -----, (2002), Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2002: Para la Prevención y Control de los Defectos al Nacimiento, Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud; México, 27 de octubre de 2003.
- -----, (2003). *Ley Federal para Prevenir y Erradicar la Discriminación*. México: Secretaría de Gobernación.
- -----, (2004). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en salud. Art. 99, Fracc. IV. México: Secretaría de Gobernación.
- -----, (2007). Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. México: Secretaría de Gobernación.
- -----, (2007). Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres. México: Secretaría de Gobernación.
- -----, (2008), *Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica*, H. Congreso de la Unión, Cámara de Diputados, publicada el 16 de abril de 2008, México.
- -----, (2009), *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica*, Cámara de Diputados, 04 de diciembre de 2009.

- -----, (2009), *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica*, Cámara de Diputados, 04 de diciembre de 2009.
- -----, (2010), *Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes*, Cámara de Diputados, 19 de agosto de 2010.
- -----, (2010), *Reglas para la determinación de la Información de Interés Nacional*, H. Congreso de la Unión, Cámara de Diputados, publicada el 2 de agosto de 2010, México.
- -----, (2011), *Reglamento de la Ley General de Población*, Cámara de Diputados, 19 de enero de 2011.
- -----, (2012), *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM)*, Cámara de Diputados, 09 de febrero de 2012.
- -----, (2012a), *Ley General de Salud (LGS)*, Cámara de Diputados, 05 de marzo de 2012.
- -----, (2012a), *Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación*, Cámara de Diputados, 09 de abril de 2012.
- -----, (2012b), *Ley General de Salud (LGS)*, Cámara de Diputados, 05 de marzo de 2012.
- -----, (2012c), *Ley General de Educación*, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 9 de abril de 2012.
- Dirección de Estudios Sociodemográficos (DES), (2011), “¿A qué se dedican los jóvenes en México? Análisis de la condición de actividad de la población de 14 a 29 años de edad”, en *La situación demográfica de México 2011*, CONAPO, México, pp. 23-40.
- Dirección General de Estudios Sociodemográficos y Prospectiva (DGESP), *Serie de información temática y continua de hogares en México*, [en línea]: Consejo Nacional de Población (CONAPO). [México]: Secretaría de Gobernación. <http://www.conapo.gob.mx> [Consulta: junio de 2012].
- Dirección General de Información en Salud (DGIS), *Base de datos de indicadores básicos, 2000–2004*, [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. <<http://www.sinais.gob.mx>> [Consulta: junio de 2012].

- _____, *Base de datos de defunciones generales, 1979–2007*, [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. <<http://www.sinais.gob.mx>> [Consulta: junio de 2012].
- _____, *Base de datos de muertes fetales, 1985–2007*, [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. <<http://www.sinais.gob.mx>> [Consulta: junio de 2012].
- _____, *Base de datos de nacidos vivos registrados, 1990–2007*, [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. <<http://www.sinais.gob.mx>> [Consulta: junio de 2012].
- _____, *Base de datos de muertes maternas, 2009*, [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. <<http://www.sinais.gob.mx>> [Consulta: junio de 2012].
- _____, *Base de datos de egresos hospitalarios por mortalidad en instituciones públicas, 2004-2007*, [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. <<http://www.sinais.gob.mx>> [Consulta: junio de 2012].
- Dublan, M. y J. M. Lozano (1877), “Legislación mexicana o colección completa de las disposiciones legislativas expedidas desde la independencia de la República”, Tomos VIII, México, pp.: 384-399.
- Echarri, C., (2008), “Evolución reciente de la fecundidad: el largo camino hasta el remplazo”, en Figueroa, B., El dato en cuestión: un análisis de las cifras sociodemográficas, (Coordinadora), El Colegio de México, México, pp. 97-117.
- Estrada, F., C. Magis y E. Bravo (2006). Estigma y discriminación en hombres que tienen sexo con hombres, en C. Magis, H. Barrientos Bárcena y S. Bertozzi Kenefick (eds.), SIDA: aspectos de salud pública. México: Censida-Instituto Nacional de Salud Pública, pp. 97-103.
- Eternod, M., (2008), “Hogares y familias en las fuentes regulares de información estadística”, en Figueroa, B., El dato en cuestión: un análisis de las cifras sociodemográficas, (Coordinadora), El Colegio de México, México, pp. 217-234.
- Fernández, S., G. Gutiérrez y R. Viguri (2012), “La mortalidad materna y el aborto en México”, Boletín Médico Hospital Infantil, vol. 69, no. 1, enero-febrero, México. Pp. 77-80.

- Freyermuth, Graciela, (Coord) (2012), *Observatorio de Mortalidad Materna en México*, CIESAS-SuresteIOMM, México.
- Figueroa, B., (2008), *El dato en cuestión: un análisis de las cifras sociodemográficas*, (Coordinadora), El Colegio de México, México.
- FUNDAR, Centro de Análisis e Investigación, A. C. Recuperado de: <http://www.las10faltantes.com/lasdiez/afaspe-presupuesto-para-programas-de-salud-sexual-y-reproductiva/>
Agosto de 2012.
- Gayet, C., C. Magis, D.Sacknoff, L. Guli (2007), *Prácticas sexuales de las poblaciones vulnerables a la epidemia de VIH/SIDA en México*, Ángulos del SIDA, CENSIDA y FLACSO-México, México.
- Guttmacher Institute, Population Council y El Colegio de México. (2008). *Datos sobre el aborto inducido en México*. Recuperado de: http://www.guttmacher.org/pubs/2008/10/01/FIB_IA_Mexico_sp.pdf
- INEGI (2011), *Estadísticas a propósito del día mundial de la lucha contra el SIDA*. Ver página electrónica:<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/aPropositom.asp?s=inegi&c=2819&ep=78>.
- Infocus (2012), “Mujeres, niñas y la Declaración Política sobre VIH/SIDA 2011”, *APCASO*, vol. 3, enero de 2012.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), (2003), *XII Censo General de Población y Vivienda 2000, Síntesis Metodológica*, Aguascalientes, México, pp. 2-8.
- _____, (2009), *Cronología de la estadística en México (1521-2008)*, Colección Memoria, Aguascalientes, México.
- _____, (2009a), *Boletín de Estadísticas Vitales 2008*, Aguascalientes, México.
- _____, (2010), “Informe operativo”. *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica ENADID 2009*, Aguascalientes, México, pp. 3-17.
- _____, (2011), *Síntesis metodológica y conceptual del Censo de Población y Vivienda 2010*, Aguascalientes, México, pp. 1-27.

- _____, (s/f), *Características Metodológicas de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 1997*, Aguascalientes, México, pp. 1-14.
- _____, (2011). *Censo de Población y Vivienda 2010*. México: INEGI. Consulta electrónica:
<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv/cpv2010/Default.aspx>
- _____, (2011), *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009: Panorama Sociodemográfico de México*, Principales Resultados, INEGI-CONAPO, México.
- _____, (2012). *Mujeres y hombres en México 2011*. México: INEGI / INMUJERES.
- Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). (2008). *Programa Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres 2008-2012*. México: INMUJERES.
- Instituto Mexicano de la Juventud (IMJ), (2002), *Encuesta Nacional de Juventud 2000 (ENJ) (Resultados Generales)*, Centro de Investigación y Estudios sobre Juventud-Secretaría de Educación Pública SEP, México.
- _____, (2006), *Encuesta Nacional de Juventud 2005 Resultados preliminares*, Centro de Investigación y Estudios sobre Juventud-Secretaría de Educación Pública SEP, México.
- _____, (2011), *Encuesta Nacional de Juventud 2010 Resultados Generales*, Centro de Investigación y Estudios sobre Juventud-Secretaría de Educación Pública SEP, México.
- _____, (2011), *Encuesta Nacional de Juventud 2010, Resultados Generales*, México.
- International Planned Parenthood Federation (IPPF), (2012), *Evaluación de la implementación de la declaración ministerial “Prevenir con educación” 2011*, Coalición mesoamericana para la educación integral en sexualidad. [en línea]. <<http://www.ippfwhr.org>> [Consulta: Septiembre 2012].
- Juárez F. y C. Gayet (2010), “El VIH/SIDA: un nuevo reto para la salud pública, en Los grandes problemas de México”. *Población*, García B. y M. Ordorica (coord.), El Colegio de México, México, pp. 137-172.

- Juárez, F., J.L. Palma, S. Singh y A. Bankole (2010), Las necesidades de salud sexual y reproductiva de las adolescentes en México: retos y oportunidades, Nueva York, Guttmacher Institute.
- Karem, M., et al., (2007), “Aspectos sociales de la mortalidad materna. Estudio de caso en el Estado de México”, en Medicina Social Vol. 2, No. 4, octubre de 2007, www.medicinasocial.info.
- Leal, Luisa María. (1975). El proceso histórico de la Ley General de Población de México. Colombia: UNESCO
- Mendoza, Doroteo, M.F, Hernández y J. Valencia, (2011), “Perfil de la salud Reproductiva de la República Mexicana” en Situación demográfica de México 2011, México, Consejo Nacional de Población, pp.: 41-63.
- Mendoza, Doroteo, Miguel Sánchez Castillo, María Felipa Hernández López, María Eulalia
- Mendoza, D. y E. Arteaga, (2011), “Prioridad en las problemáticas de la anticoncepción en México: causas asociadas y acciones necesarias”, en Prioridades y perspectivas de la anticoncepción en México. Contenidos para la acción: desde las instituciones públicas, la academia y la sociedad civil, Serie Lecciones Aprendidas de Evaluación, Investigación e Incidencia Política, número 1, Mexfam, México, pp.: 15-31.
- Mendoza, M. E. y G. Tapia (2010), “Situación Demográfica de México 1910-2010”, en Situación Demográfica de México 2010, CONAPO, México.
- Mendoza García. (2009). “35 años de planificación familiar en México” en Situación Demográfica de México 2009. México: CONAPO.
- Mexfam, (2011), “Prioridades y perspectivas de la anticoncepción en México. Contenidos para la acción: desde las instituciones públicas, la academia y la sociedad civil”, Serie Lecciones Aprendidas de Evaluación, Investigación e Incidencia Política, número 1, México.
- Mojarro, Octavio. (2009) “El proceso de institucionalización de la política de población en México, 1974-2009” en La Situación Demográfica de México 2009. México: Consejo Nacional de Población, pp. 155-186.
- Muñoz, Christian. (2000) La institucionalización de la política de población en las entidades federativas: retos y oportunidades. México: Consejo Nacional de Población.

- Naciones Unidas (1994), Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994, Nueva York, 1995.
- _____, (1995), Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, del 4 al 15 de septiembre de 1995, Nueva York, 1996.
- _____, (2006), Observaciones finales emitidas por el Comité de los Derechos del Niño de la organización de las Naciones Unidas, respecto al III Informe de México sobre Niñez, Convención sobre los Derechos del Niño, Naciones Unidas, 8 junio de 2006.
- Observatorio de Mortalidad Materna en México (OMM). (2012). Consulta electrónica: <http://www.omm.org.mx/>
- ONU Mujeres, INMUJERES y LXI Legislatura de la Cámara de Diputados. Comisión Especial para conocer y dar Seguimiento Puntual y Exhaustivo a las Acciones que han emprendido las Autoridades Competentes en relación a los Femicidios en México. (2011). Feminicidio en México. Aproximación, tendencias y cambios, 1985-2009. México: ONU Mujeres – COLMEX – INMUJERES – LXI Legislatura.
- ONUSIDA (2008), Información básica sobre el VIH, mayo de 2008. Página electrónica: http://data.unaids.org/pub/FactSheet/2008/20080519_fastfacts_hiv_es.pdf
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (1976), Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en página electrónica: www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1976), “Nuevas tendencias y métodos de asistencia materno-infantil en los servicios de salud”, sexto informe del Comité de Expertos de la OMS en Salud de la Madre y el Niño, Serie de Informes técnicos núm. 600, Ginebra.
- Partida, V., (2008), “Evaluación de los niveles de mortalidad en México 1930-2000”, en Figueroa, B., El dato en cuestión: un análisis de las cifras sociodemográficas, (Coordinadora), El Colegio de México, México, pp. 41-69.
- Presidencia de la República (2007), Plan Nacional de Desarrollo, Poder Ejecutivo Federal, México.
- _____, (2007), Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, México.

- _____, (2011), Los Objetivos de Desarrollo del Milenio: Informe de Avances 2010, México.
- Registro Civil del Distrito Federal (RCDF), [en línea]. [México]. <www.rcivil.df.gob.mx> [Consulta: junio de 2012].
- Relaciones de género / Ana María Tepichin, Karine Tinat y Luzelena Gutiérrez, coordinadoras -- 1a. ed. -- México, D.F. : El Colegio de México, 2010
- Rivera, P., C. Magis y J. Saavedra, 2005. “Diagnóstico y tendencias de largo plazo del VIH/SIDA y su impacto en la salud pública de México”, en E. Zúñiga Herrera (coord.), México ante los desafíos de desarrollo del milenio. México, Consejo Nacional de Población, pp. 237-260.
- _____, (2011), Objetivos de Desarrollo del Milenio en México. Informe de Avances 2010, México.
- Rosas, Javier, María Luisa Ocampo Trujillo y Yolanda Téllez Vázquez. (2009). “Evaluación del desarrollo institucional de las secretaría técnicas de los COESPO, 2003-2007” en La Situación Demográfica de México 2009. México: Consejo Nacional de Población, pp. 237-246.
- Sámano, R. (2010), “Programas destinados a combatir la muerte materna: Algo de historia”, en Perinatología y Reproducción Humana, vol. 24, no. 1, pp.: 51-59.
- Sánchez, E. (1987), “La rectoría económica del Estado”, en Boletín mexicano de derecho comparado, México, UNAM, enero-abril, 1987, pp. 133-145.
- Secretaría de Educación Pública, Dirección General de Educación Superior para Profesionales de la Educación (DGESPE), México, fecha de consulta [Agosto 2012], en http://www.dgespe.sep.gob.mx/esege/educacion_sexual_escuela
- Secretaría de Salud (SS), (1993), Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993: De los Servicios de Planificación Familiar, Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud; México, 7 de julio de 1986.
- _____, (2000), Norma Oficial Mexicana NOM -010-SSA2-1993: para la Prevención y Control de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud, México, 21 de junio del 2000.

- _____, (2002), Programa de Acción: Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia, México.
- _____, (2002a), La salud sexual y reproductiva en la adolescencia: un derecho a conquistar, Dirección General de Salud Reproductiva, México.
- _____, (2007), “Programa Sectorial de Salud 2007-2012”. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud, México.
- _____, (2008a), Programa de Acción Específico 2007-2012: Arranque Parejo en la Vida. Secretaría de Salud México: Secretaría de Salud.
- _____, (2008b). Programa de Acción Específico 2007-2012. Planificación Familiar y Anticoncepción México: Secretaría de Salud.
- _____, (2008c), Programa de Acción Específico 2007-2012: Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género. México: Secretaría de Salud.
- _____, 2008d. Programa de Acción Específico 2007-2012. Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes. México: Secretaría de Salud.
- _____, (2008e), “Programa Sectorial en Salud 2007-2012”. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud México: Secretaría de Salud.
- _____, (2009), “Búsqueda intencionada de muertes maternas en México”. Informe 2008, México.
- _____, (2010), Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010: para la Prevención y Control de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud, México, 15 de octubre de 2010.
- Senderowitz, J., (1999), “Haciendo los servicios de salud reproductiva amigables para la juventud”, FOCUS on Young Adults, Washington DC, Serie de Investigación, Programas y Políticas, Febrero 1999.
- Sesia P. (2009), “El potencial del Programa Oportunidades para promover una maternidad segura y abatir la muerte materna en México: una propuesta en política pública para regiones indígenas de alto rezago social”, en La muerte materna. Acciones

y estrategias hacia una maternidad segura, Freyermuth G. y P. Sesia (coord.), CIESAS, México, pp. 43-54.

- SINAVE-DGE-Salud (2010) Sistema de notificación semanal de casos nuevos/ Acceso al cierre de 2010.
- Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica (SNIEG), [en línea]. [México]. <<http://www.snieg.mx>> [Consulta: julio de 2012].
- SS-SPPS-CENSIDA (2009), “Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de ARV (SALVAR)”, Boletín no. 7, datos al 31 de diciembre de 2009.
- _____, (2011), Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de ARV (SALVAR), Boletín no. 15, datos al 31 de diciembre de 2011.
- _____, (2012), Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de ARV (SALVAR), Boletín no. 16, datos al 31 de marzo de 2012.
- Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, [en línea]. [México]. <<http://www.spps.gob.mx/nuestra-spps.html>> [Consulta: julio de 2012].
- Tepichín, Ana María, Karine Tinat y Luezelena Gutiérrez (coords). (2010). “Relaciones de género” en Ordorica, Manuel y Jean-Francois Prud’homme (coords.) Los grandes problemas de México. Vol. VIII. México: El Colegio de México.
- Torres-Ramírez, Armando, (2010), “La influenza pandémica A(H1N1) en mujeres embarazadas”, en revista Ginecología y obstetricia de México, vol. 78, no. 2, febrero 2010. www.mediagrafic.com
- UNGASS (2001), Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH-SIDA, vigésimo sexto periodo extraordinario de sesiones, tema 8 del programa, 2 de agosto de 2001.
- UNICEF (2003), “Sesión Especial de las Naciones Unidas en favor de la Infancia”, informe de seguimiento del primer año, 8 de mayo de 2003.
- Valdés, Luz María. (2000). “Política de Población en México, 1930-1974: antecedentes y un recuento histórico de la Ley General de Población” en Valdés, Luz María (coord.) Población y movimientos migratorios. Colección Historia de la Secretaría de Gobernación, vol. IV, México: Secretaría de Gobernación, Instituto Nacional de Estudios Históricos de la Revolución Mexicana.

- Villagómez Ornelas, Paloma. (2009). “Evolución de la situación demográfica nacional a 35 años de la Ley General de Población de 1974” en La Situación Demográfica de México 2009. México: Consejo Nacional de Población, pp. 11-21.
- Volkow, P., G. Soberón Acevedo y A. Marín López, (2008), “La prevención de la transmisión sanguínea”, en J.Á. Córdoba Villalobos, S. Ponce de León Rosales y J.L. Valdespino (eds.), 25 años de sida en México. Logros, desaciertos y retos. Cuernavaca, Instituto Nacional de Salud Pública, pp. 59-72.
- Welti, C. (2011), “Adolescentes y uso de métodos anticonceptivos”, en Prioridades y perspectivas de la anticoncepción en México. Contenidos para la acción: desde las instituciones públicas, la academia y la sociedad civil, Serie Lecciones Aprendidas de Evaluación, Investigación e Incidencia Política, número 1, Mexfam, México, pp.: 66-68.
- Zúñiga E. y J.E. García (2008), “El aborto en México: estimaciones recientes”, en Freyermuth G. y E., Troncoso (coord.), El aborto. Acciones médicas y estrategias sociales. Serie evidencias y experiencias en salud sexual y reproductiva. Mujeres y hombres en el siglo XXI, Número 1, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgo en México, e Ipas, México.